

Evaluarea pacientului cu durere lombară musculoscheletală cronică secundară

de la screeningul clinic la identificarea cauzelor predominante

Autorii:

**Mihail Cîrîm^{1,2}, Pascal Oleg¹, Tăbîrță Alisa¹, Pleșca Svetlana¹, Chihai Victoria¹, Vizdoagă
Anatolie¹, Melnic Adrian¹, Bulai Marina^{1,2}, Rotăreanu Anastasia^{1,2}, Popescu Cristina^{2,1}.**

Affiliations

*1Department of Medical Rehabilitation, Physical Medicine and Manual Therapy, Nicolae Testemitanu State
University of Medicine and Pharmacy*

2Clinical Hospital for Rehabilitation and Chronic Care



Durerea lombară cronică: de ce această temă rămâne esențială

Nu este doar o durere frecventă, ci o cauză majoră de dizabilitate, limitare funcțională și scădere a calității vieții.

afectează activitățile zilnice, participarea socială și capacitatea de muncă
tabloul clinic poate avea mai multe surse de durere concomitent
abordarea strict simptomatică explică adesea prea puțin
evaluarea trebuie să identifice mecanismul predominant

DURERE

DIZABIL
ITATE

LIMITARE
FUNCȚIO
NALĂ

QoL
REDUSĂ

Caracterul multifactorial al durerii lombare face necesară o evaluare clinică structurată, nu doar confirmarea simplă a simptomului.



De ce este dificilă evaluarea durerii lombare cronice?

La același pacient pot coexista surse discogene, sacroiliace, facetare, miofasciale sau de tip stenoză.

Discal / radicular

Facetar

PACIENT
REAL

Articulație
sacroiliacă

Piriform / miofascial

Stenoză
lombară

Concluzia practică: examinarea nu trebuie să caute doar „o leziune”, ci cauza predominantă și eventualele mecanisme suprapuse.

o evaluare nestructurată poate duce la concluzii incomplete
un test pozitiv singur nu înseamnă automat diagnostic
corelarea datelor clinice are valoare mai mare decât interpretarea izolată



Scopul prezentării



Punerea în evidență a unei abordări integrate și etapizate a pacientului cu durere lombară musculoscheletală cronică secundară.

screening clinic inițial și excluderea patologiei severe
corelarea anamnezei cu examenul neurologic și funcțional
utilizarea testelor țintite pentru ipotezele principale
identificarea sursei predominante de durere
orientarea unei reabilitări mai individualizate



Material și metodă

Tipul lucrării

sinteză narativă a literaturii și a principiilor de evaluare clinică

Secvența logică analizată

screening clinic
anamneză
examen neurologic și funcțional
teste clinice țintite

Obiectivul clinic

identificarea generatorilor principali de durere și a cauzei predominante

Componentele analizei

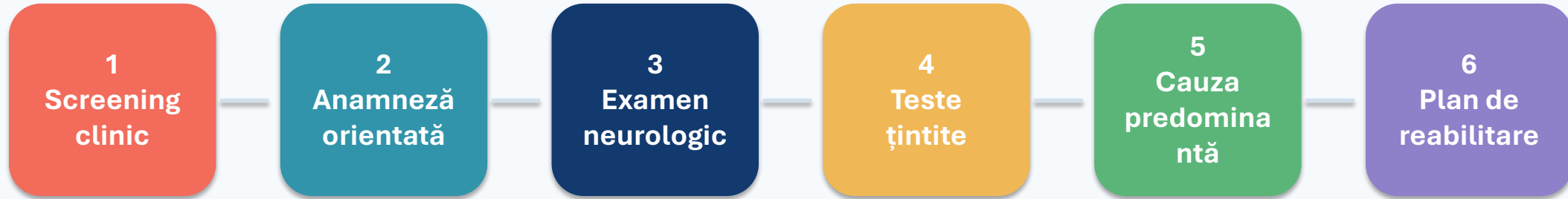
Analiza a inclus elemente sugestive pentru: durere discogenă/radiculară, sindrom facetar lombar, durere a articulației sacroiliace, sindromul piriform și stenoză lombară degenerativă.

Au fost urmărite date clinice obținute din istoric, examen obiectiv și teste funcționale orientate de ipoteza clinică.

Accentul nu a fost pus pe un singur test „decisiv”, ci pe utilitatea clinică a integrării datelor în diagnosticul diferențial.



Algoritmul evaluării clinice



fiecare etapă rafinează ipoteza clinică, nu o înlocuiește pe cea precedentă
testele sunt utile doar dacă răspund la o întrebare clinică clară
evaluarea devine mai valoroasă când se leagă direct de decizia terapeutică



Primul pas: screeningul clinic inițial

Înainte de testele ortopedice, trebuie exclusă patologia severă sau non-musculoscheletală.

Red flags

traumă
infecție
cancer
deficit neurologic sever /
progresiv

Cauze inflamatorii

durere nocturnă
redoare importantă
istoric sugestiv

Cauze viscerale

simptome urinare /
digestive
tabloul clinic neobișnuit

Investigații

imagistica doar dacă
poate schimba conduita

NB!: fără screening corect, un test pozitiv poate fi interpretat greșit, în afara contextului clinic real.



Rolul anamnezei orientate

Ce trebuie clarificat

localizarea durerii și iradierea
debutul, durata și evoluția simptomelor
factorii agravanți și amelioratori
relația cu șezutul, mersul, ortostatismul, flexia și
extensia
impactul asupra funcției și activităților cotidiene
tratamente anterioare și răspunsul la acestea

RADICULAR

durere pe membrul inferior, parestezii, deficit segmentar

SIJ

durere fesieră / lombo-pelvină, încărcare asimetrică

PIRIFORM

accentuare la șezut și iritație sciatică extraspinală

STENOZĂ

claudicație neurogenă, ameliorare la flexie / șezut



Examenul neurologic și funcțional

Ce urmărește examenul

forță, sensibilitate, reflexe și semne neurologice relevante
mobilitatea lombară și comportamentul durerii la flexie/extensie
mers, transferuri și toleranța la posturi sau efort
controlul mișcării și limitarea funcțională
reproducerea durerii familiare prin manevre provocatoare

Principiu de interpretare

nicio manevră nu se citește izolat; valoarea ei crește când confirmă o ipoteză clinică formulată la anamneză

Ce câștigăm

diagnostic diferențial mai clar și o legătură mai bună între examinare și conduita de reabilitare

Ce evităm

supradiagnosticarea unei singure structuri doar pe baza unui test pozitiv



Nu căutăm doar o leziune, ci cauza predominantă

Obiectivul clinic realist este identificarea sursei predominante de durere și a mecanismelor care amplifică dizabilitatea.

Discal / Radicular

poate fi generator principal sau mecanism asociat

Sacroiliac

poate fi generator principal sau mecanism asociat

Facetar

poate fi generator principal sau mecanism asociat

Piriform / Stenoză / Alt Mecanism

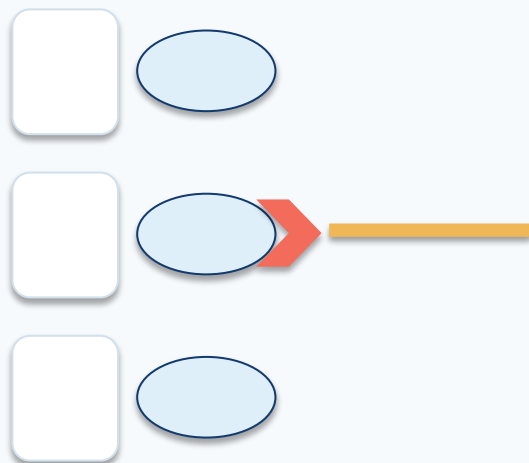
poate fi generator principal sau mecanism asociat



Această perspectivă este mai utilă pentru reabilitare decât simpla listă a tuturor structurilor posibil implicate.



Când suspectăm durere discogenă / radiculară



Indicii clinice principale

lombalgie asociată cu durere pe membrul inferior, uneori cu distribuție dermatomală
parestezii sau deficit neurologic segmentar
accentuare la anumite mișcări, posturi sau manevre de tensiune neurală
necesitatea corelării simptomelor cu examenul neurologic

Testele neurodinamice contribuie la orientarea clinică, dar nu se interpretează separat de restul examenului.



Teste clinice utile pentru suspiciunea de radiculopatie

Slump test

util pentru tensiunea
neurodinamică
mai sensibil decât SLR în
studiul lui Majlesi
sensibilitate $\approx 0,84$;
specificitate $\approx 0,83$

Straight Leg Raise (SLR)

test clasic în iritația radiculară
lombară
sensibilitate mai redusă decât
Slump în acel studiu
specificitate ușor mai mare: $\approx 0,89$

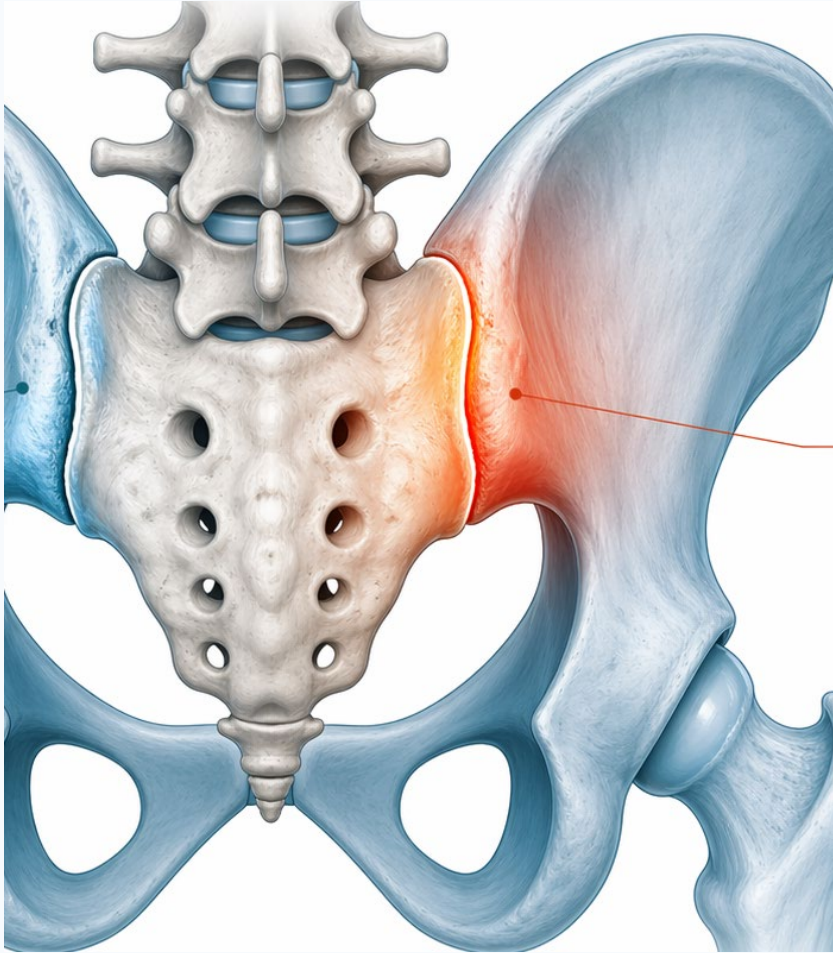
Crossed SLR

de regulă mai specific decât
SLR simplu
util mai ales când simptomul
radicular este mai evident
susține o ipoteză, nu o
confirmare definitivă

NB!: testele sunt utile pentru orientare, dar performanța lor rămâne variabilă; anamneza și examenul neurologic rămân indispensabile.



Când suspectăm durerea de origine sacroiliacă



Indicii clinice principale

durere lombo-pelvină sau fesieră, frecvent unilaterală
nu există un tipar radicular clar
simptome agravate la încărcare asimetrică, transferuri
sau mers
tabloul clinic poate mima alte surse de durere lombară



Clusterul de teste de provocare pentru SIJ



Ce ne spun dovezile

clusterul crește utilitatea clinică, dar valoarea de confirmare rămâne limitată

Date citate frecvent

Laslett: sens. 91% și spec. 78% pentru ≥ 3 teste pozitive



Când suspectăm sindromul facetar lombar



complexul
articular posterior

Când intră în calcul

predomină durerea axială lombară
poate exista iradiere nondematomerică în fesă sau coapsa proximală
de obicei nu există deficit neurologic clar
simptomatologia se poate confunda cu alte mecanisme degenerative

În literatură se subliniază că nu există semne sau simptome patognomonice pentru durerea facetară.



Teste pentru facete: utile în practică, dar slabe pentru confirmare



Se folosesc frecvent

extensia dureroasă
extensie + rotație
Kemp test
palpare locală

Problema

acuratețea diagnostică a
testelor clinice este redusă

Consecința

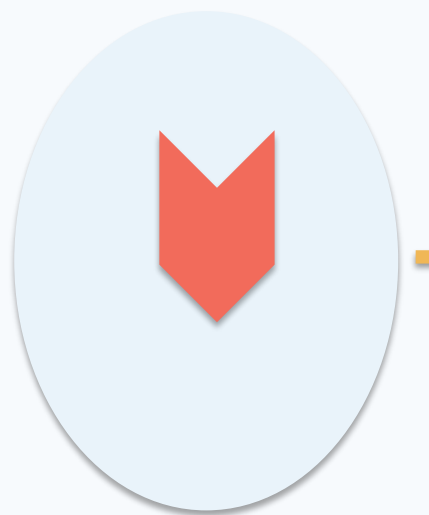
un test pozitiv nu
confirmă singur durerea
facetară

Mesaj cheie: istoricul și examinarea clinică pot ridica suspiciunea, însă confirmarea rămâne mai fiabilă prin bloc diagnostic controlat / medial branch block.

Review-ul asupra Kemp test arată susținere limitată și valoare diagnostică modestă.



Când suspectăm sindromul piriform



piriform
+ traiect sciatic

Elemente clinice sugestive

durere fesieră cu iradiere sciatică
accentuare la șezut prelungit
sensibilitate locală în regiunea gluteală / marea incizură sciatică
simptome neexplicate suficient de un tablou radicular clasic

Review-ul lui Hopayian evidențiază patru simptome definitorii frecvent întâlnite în sindromul piriform.



Teste clinice utile pentru sindromul piriform

FAIR test

flexie + adducție + rotație internă

Fishman: sens. $\approx 0,881$; spec. $\approx 0,832$

Active piriformis test

reproduce simptomele prin activarea piriformului
util mai ales în combinație

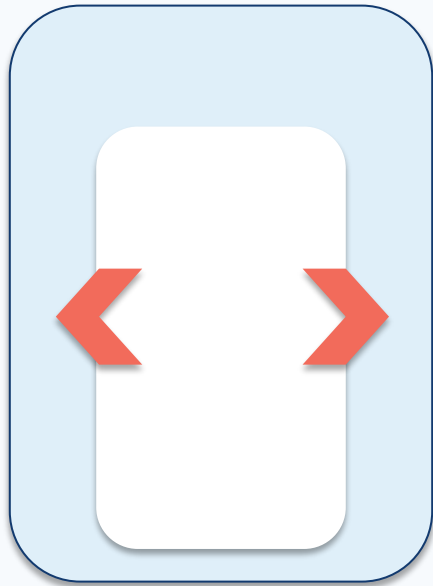
Seated piriformis stretch test

tensionează structurile gluteale profunde
împreună cu testul activ:
sens. $\approx 0,91$; spec. $\approx 0,80$

Baza de dovezi este mai redusă decât pentru radiculopatie sau SIJ; diagnosticul rămâne în mare măsură unul clinico-funcțional și de excludere.



Când suspectăm stenoza lombară degenerativă



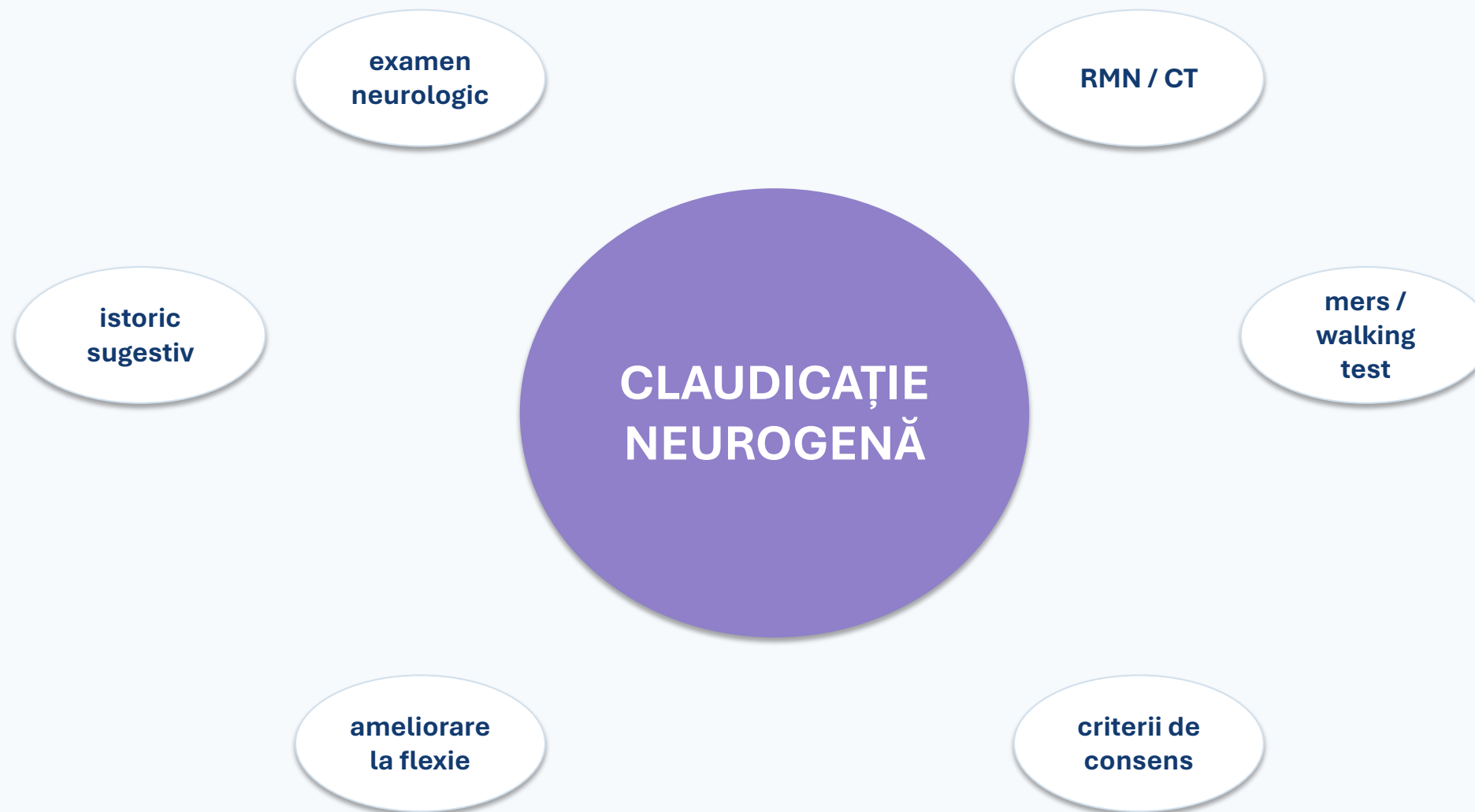
canal îngustat

Semne de orientare

pacient de obicei mai vârstnic, cu durere și/sau parestezii la mers sau ortostatism
ameliorare la șezut sau la flexia trunchiului
tipar clinic de claudicație neurogenă
diagnosticul se bazează pe istoric, examen neurologic, mers și imagistică



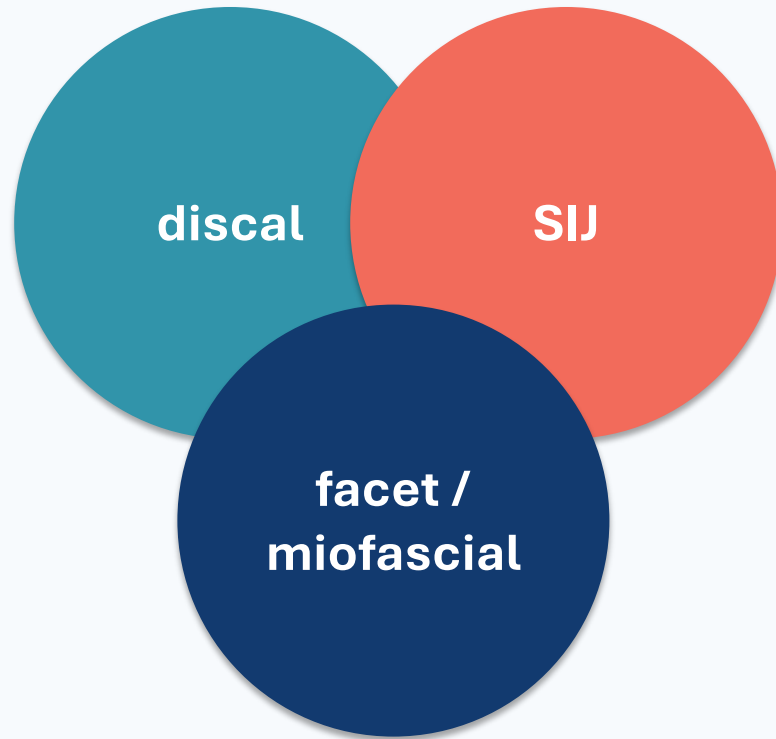
Ce elemente sunt cele mai utile în stenoza lombară



Nu există un test provocator unic cu valoare comparabilă Slump sau FAIR; combinația de date clinice este cea care crește încrederea diagnosticului.



Mecanisme suprapuse: realitatea clinică



Ce înseamnă în practică

mai mulți generatori pot contribui simultan la durere și dizabilitate

Decizia clinică

ierarhizarea mecanismelor: ce explică predominant durerea în acel moment?

Consecința terapeutică

tratamentul devine mai ținut și mai coerent



Implicații practice pentru reabilitare

Ce schimbă o evaluare bună

prioritizarea intervențiilor în funcție de cauza predominantă
evitarea programelor „standard” aplicate nediferențiat
explicarea logicii evaluării și tratamentului către pacient
setarea unor obiective funcționale realiste și măsurabile
adaptarea planului pe măsură ce tabloul clinic se schimbă

Evaluarea corectă nu este finalul consultului, ci baza unei reabilitări individualizate și cu sens pentru pacient.



Concluzii

1

Evaluarea trebuie să înceapă cu screeningul clinic și excluderea patologiei severe.

2

Anamneza, examenul neurologic și cel funcțional trebuie corelate, nu interpretate separat.

3

Pentru radiculopatie și sindromul piriform există teste clinice relativ utile; pentru SIJ valoarea crește în cluster.

4

Pentru durerea facetară, testele clinice nu confirmă singure diagnosticul.

5

Scopul final este identificarea cauzei predominante și orientarea unei reabilitări individualizate.



Bibliografie

- [1] Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-2367.
- [2] de Campos TF. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management NICE Guideline [NG59]. *J Physiother*. 2017;63(2):120.
- [3] Majlesi J, Togay H, Unalan H, Toprak S. The sensitivity and specificity of the Slump and the Straight Leg Raising tests in patients with lumbar disc herniation. *J Clin Rheumatol*. 2008;14(2):87-91.
- [4] van der Windt DA, Simons E, Riphagen II, et al. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010.
- [5] Ekedahl H, Jönsson B, Annertz M, Frobell RB. Accuracy of Clinical Tests in Detecting Disk Herniation and Nerve Root Compression in Subjects With Lumbar Radicular Symptoms. *Arch Phys Med Rehabil*. 2018;99(4):726-735.
- [6] Nee RJ, Jull GA, Vicenzino B, Coppieters MW. Reliability of the straight leg raise test for suspected lumbar radicular pain. *Musculoskelet Sci Pract*. 2022.
- [7] Laslett M. Evidence-based diagnosis and treatment of the painful sacroiliac joint. *J Man Manip Ther*. 2008;16(3):142-152.
- [8] Saueressig T, Owen PJ, Diemer F, Zebisch J, Belavy DL. Diagnostic Accuracy of Clusters of Pain Provocation Tests for Detecting Sacroiliac Joint Pain: Systematic Review With Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2021;51(9):422-431.
- [9] Szadek KM, van der Wurff P, van Tulder MW, et al. Diagnostic Validity of Criteria for Sacroiliac Joint Pain: A Systematic Review. *J Pain*. 2009;10(4):354-368.
- [10] Cohen SP, Bhaskar A, Bhatia A, et al. Consensus practice guidelines on interventions for lumbar facet joint pain from a multispecialty, international working group. *Reg Anesth Pain Med*. 2020;45(6):424-467.
- [11] Stuber K, Bruno P, Sajko S, Hayden J. The diagnostic accuracy of the Kemp's test: a systematic review. *J Can Chiropr Assoc*. 2014;58(3):258-267.
- [12] Hopayian K, Danielyan A. Four symptoms define the piriformis syndrome: an updated systematic review of its clinical features. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2018;28(2):155-164.
- [13] Fishman LM, Dombi GW, Michaelsen C, et al. Piriformis syndrome: diagnosis, treatment, and outcome. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83(3):295-301.
- [14] Martin HD, Reddy M, Gómez-Hoyos J. Diagnostic accuracy of clinical tests for sciatic nerve entrapment in the gluteal region. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2014;22(4):882-888.
- [15] Tomkins-Lane C, Melloh M, Lurie J, et al. Consensus on the Clinical Diagnosis of Lumbar Spinal Stenosis: Results of an International Delphi Study. *Spine*. 2016;41(15):1239-1246.
- [16] Tomkins-Lane C, Melloh M, Lurie J, et al. Diagnostic tests in the clinical diagnosis of lumbar spinal stenosis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2020;34(3):101493.
- [17] de Schepper EIT, Overvest GM, Suri P, et al. Diagnosis of lumbar spinal stenosis: an updated systematic review of the accuracy of diagnostic tests. *Spine*. 2013;38(8):E469-E481.



Mulțumesc pentru atenție!

