

# IL SEGNO DI LASÈGUE

- di Marcello Luca Marasco, disegni di Piera Giancola -

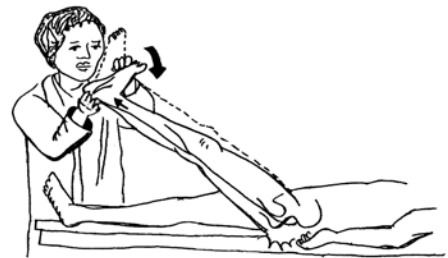
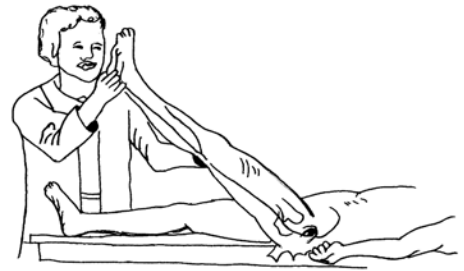
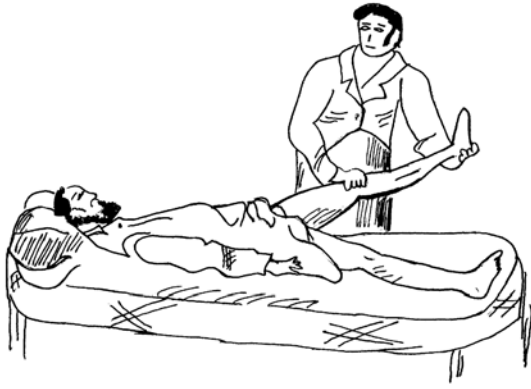
**abstract:** storia, curiosità, descrizione, confronto con test simili, diverse interpretazioni di medicina convenzionale e osteopatica di uno tra i test e i segni più famosi ed utilizzati nella diagnostica delle sciatalgie.



*Nella figura di Piera Giancola: ritratto di Ernest Charles Lasègue ispirato da foto.*

Segno deriva dal latino “signum” ed è l’indicazione oggettiva di qualcosa, indizio per conoscere; segno è l’evidenza obiettiva dell’esistenza di una malattia che si manifesta a chi diagnostica in opposizione alla soggettività dei sintomi da parte del paziente. (1, 2) Il segno o test di Lasègue è una manovra utilizzata comunemente nella diagnosi dell’interessamento radicolare in una sciatalgia, è probabilmente il test più utilizzato nella medicina ortopedica. Abbiamo notato diverse modalità di somministrazione del test e diverse interpretazioni in letteratura. Questo è il motivo per cui si è voluto fare un confronto di diversi testi e una sorta di “stato dell’arte” su questo argomento. Sul testo “Il libro dei segni” di Giorgio Graziati di Essebiemme editore si riscontrano le curiosità storiche su questo segno e sull’autore da cui prende il nome. Ernest Charles Lasègue, nato nel 1816 e morto nel 1883, medico chirurgo francese, professore incaricato per le malattie mentali e nervose dal 1862 al 1866 e professore di clinica medica nel

1869 presso l’Ospedale de la Pitié a Parigi. Fu un brillante relatore e sono 110 le sue opere pubblicate, ma la sua fama è legata alla descrizione del famoso segno da parte di un suo allievo: J.J. Forst. Difatti Lasègue non descrisse mai il suo test, neppure nel libro “Considerations sur la sciatique” del 1864. In letteratura la prima descrizione (poi vedremo che forse prima non fu) risale al 1880 e si riscontra nella tesi del Forst, che attribuì però la comparsa del dolore alla compressione del nervo sciatico da parte della muscolatura dei flessori della coscia. Ecco come l’allievo di Lasègue descrisse la manovra: “*il nostro professore Lasègue ha richiamato la nostra attenzione su questo segno: poniamo il paziente sul letto sul dorso; in questa posizione prendiamo il piede del lato affetto con una mano e piazziamo l’altra mano sul ginocchio dello stesso arto in estensione. Ora, dopo aver fatto ciò, flettiamo la coscia sulla pelvi, tenendo l’arto sempre esteso. Sarà necessario alzare l’arto di pochi centimetri per provocare un acuto dolore giusto all’emergenza del nervo sciatico. Ora poniamo l’arto sul piano del letto e procediamo con un’altra manovra che ci darà la conferma della veridicità del segno. Abbiamo visto che il paziente accusa dolore quando flettiamo la coscia sulla pelvi quando l’arto è in estensione. Se noi ora flettiamo il ginocchio, noi saremo capaci di flettere la coscia sull’anca senza causare alcun dolore al paziente.*” (Questa parte di testo è originale dell’autore Forst, è riportata sul testo “Il libro dei segni” di Graziati). Sempre dal testo del Graziati si apprende il contesto in cui il segno fu suggerito all’attenzione dell’autore: osservando le corde tese sul ponticello di un violino che stava accordando il genere e assimilandole alla tensione del nervo sciatico sull’ischio quando viene sollevato l’arto inferiore, e questo è un particolare curioso della storia del segno di Lasègue.



*Nel disegno in alto: una riproduzione dall'originale del test di Lasègue, nella figura a destra lo straight leg raising test. L'autrice dei disegni è Piera Giancola.*

Ma lo stesso Graziati ci segnala anche che un medico serbo, Laza K. Lazarevic aveva descritto nell'Archivium serbicum pro universa scientia et arte medica recipienda nel 1880 (quindi un anno prima di Forst) la stessa manovra attribuendo il dolore allo stiramento del nervo. E' ancora in uso infatti, nei paesi slavi, denominare con segno di Lazarevic quello che noi chiamiamo segno di Lasègue. (2) Una prima interpretazione più accurata del Lasègue ci giunge nel 1936 dal bolognese Vittorio Putti che attribuisce una diversa positività del Lasègue a seconda dell'evocazione del dolore rispetto ai gradi di estensione della gamba sulla coscia (a coscia flessa a 90° sull'anca): Lasègue +++ quando si evoca dolore prima dei 45°, Lasègue ++ per dolore provocato tra i 45 e i 90°, Lasègue + per dolore oltre i 90° e sino all'estensione totale del ginocchio. (3) Il segno di Lasègue, essendo molto diffuso, si presta ad interpretazioni anche abbastanza differenti tra loro. Ad esempio sul testo del Buckup (4) vengono indicati come tra loro sinonimi il Lasègue e lo "straight leg raising test" (test del sollevamento della gamba tesa), la tecnica del test prevede il sollevamento dell'arto inferiore a ginocchio esteso sino alla comparsa del dolore. Il Buckup sostiene che la vera positività del test è per un dolore improvviso alla gamba che poi si estende nella zona sensomotoria dipendente dalla radice nervosa interessata. E' interessante come Buckup differenzi una serie di test tra loro simili. Viene riportato infatti un segno di Bonnet o del piriforme che è sostanzialmente un Lasègue modificato con l'anca in rotazione interna e adduzione per tendere maggiormente lo sciatico sul muscolo piriforme. E' riportato inoltre un segno di Lasègue-Moutand-Martin (o Lasègue incrociato) che prevede la somministrazione del test all'arto inferiore non affetto da sciatalgia ed indica la positività per ernia discale in caso di comparsa di dolore ischiatico. Il Lasègue/straight leg raising test del Buckup viene indicato dal Cipriano (5) come test del sollevamento della gamba estesa, lo stesso Cipriano riporta il test di Lasègue nella pagina successiva. Pertanto questo autore differenzia le due manovre; viene indicato come test di Lasègue il flettere l'anca del paziente a ginocchio flesso (nel testo è riportata una fotografia con il paziente a poco meno di 90° di flessione dell'anca e ginocchio flesso) e successivamente si porta in estensione quasi completa il ginocchio. Cipriano indica la positività del test per radicolopatia dello sciatico quando sussistano due condizioni: nessun dolore evocato durante la prima manovra (flessione dell'anca con ginocchio flesso) e dolore evocato ad anca flessa e ginocchio esteso. Anche l'Hoppenfeld (6) riporta un test simile allo straight leg raising test e lo denomina, come il Cipriano, prova del sollevamento della gamba estesa in una batteria di test dello stiramento del midollo spinale o del nervo sciatico. La particolarità nell'Hoppenfeld sta nel cercare

l'angolo di flessione dell'anca, a ginocchio completamente esteso, in cui si evoca dolore; a questo punto per differenziare tra irritazione dello sciatico e stiramento dei flessori del ginocchio abbassa lentamente tutto l'arto e chiedendo la dorsiflessione del piede: se c'è dolore è interessato lo sciatico mentre se non c'è evocazione algica si può attribuire allo stiramento dei flessori del ginocchio il dolore comparso nella prima manovra. Questo test appena descritto è riportato sul libro del Buckup (4) come test di Bragard per la differenziazione tra Lasègue vero dallo pseudo-Lasègue. La confusione tende ad aumentare leggendo la traduzione di uno studio apparso su Spine del 1992. (7) Nelle premesse si legge testualmente: "Il test del sollevamento passivo dell'arto inferiore teso (SRL), descritto da Forst nel 1881...". L'anno e l'autore ci riportano alla tesi del Forst, allievo di Lasègue, che descrive il segno del suo professore, ma lo straight leg raising test non è proprio la stessa cosa che intendeva il medico francese che comunque non viene citato. L'articolo di Spine, dopo averci inizialmente spazzato, continua fornendoci in ogni caso indicazioni importanti nelle conclusioni. Lo studio è su 30 pazienti e indica come, a dispetto di una diminuzione della protrusione discale (con TAC a 0, 3 e 24 mesi dall'episodio acuto), non sussista una corrispondente variazione del SRL tranne che per quelle erniazioni con un fronte "appuntito" di presentazione verso il canale spinale. Si indica nell'articolo come la limitazione del SRL possa essere correlato più a fenomeni chimici che meccanici. Non possiamo farlo in questo articolo ma vi invitiamo a rivedere le teorie sulle reazioni infiammatorie delle radici nervose alla fosfolipasi A2 normalmente presente nel disco intervertebrale) (8). Lo studio di Spine si conclude ricordando che un SRL positivo può ricondursi anche ad altre cause che non siano protrusioni discali. Una interpretazione recente sul segno protagonista di queste righe è il *Lasègue osteopatico* che Barral (9) denomina *Lasègue completato*. Per gli osteopati una sciatica non vuole dire matematicamente disco L4/L5 o disco L5/S1 ma può avere anche cause di origine viscerale o meccaniche della colonna dorsale, cervicale o addirittura ancora disfunzioni craniali. Sul testo di Barral viene riportato l'esempio della ptosi renale: trovato un Lasègue positivo a certi gradi di flessione d'anca, si ripete il test mantenendo una spinta manuale con una mano sul polo inferiore del rene, se lo scivolamento verso il basso del rene ha un coinvolgimento nella patologia, la seconda manovra di Lasègue darà il dolore a gradi di flessione dell'anca maggiori. Ma non è tutto poiché, secondo il Barral, inibendo con manovre osteopatiche qualunque organo viscerale si può testare la sua compartecipazione alla patologia così come si può inibire una vertebra più alta e ritestare il Lasègue. Per Barral la sciatalgia da fenomeni protrusivi fornisce Lasègue positivi nei primi 30° di flessione dell'anca e a quel punto le inibizioni osteopatiche non cambiano di nulla la situazione. Concludere questa revisione non è cosa semplice ma cercheremo di trarre indicazioni che abbiano immediato riscontro pratico. Come prima conclusione dobbiamo affermare che quando ci viene riferito di un soggetto con un Lasègue positivo a tot gradi ricordiamoci che non sappiamo se gli è stato somministrato un Lasègue o uno straight leg raising test (SRL), oppure un SRL con sollevamento in flessione del capo, oppure ancora un SRL con dorsiflessione del piede (Bragard test) ed è opportuno valutare nuovamente questi test. La seconda conclusione è che il Lasègue è un test abbastanza indicativo ma non specifico (non è un segno patognomico): non va somministrato isolatamente ma inserito in una batteria di test da cui si possono trarre delle conclusioni. Come terzo punto un invito più che una conclusione ed è la necessità in ambito scientifico della precisione: il Lasègue ha una sua tecnica di somministrazione in due tempi descritta originariamente persino nella sua velocità che non deve essere repentina.

Il Lasègue **non** è sollevare un arto inferiore teso (che è un altro test seppur simile) bensì differenziare, tra ginocchio flesso ed esteso, la flessione dell'anca e misurare inoltre i gradi in cui si evoca il dolore per dare una positività differenziata da uno a tre +. L'utilizzo di una precisa tecnica esecutiva ed una corretta nomenclatura dei test aiuta gli operatori, e quindi si trasforma in maggiore efficacia dell'azione sanitaria verso il paziente.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) "Dizionario medico illustrato Dorland", IIIª edizione italiana. ESI Stampa Medica.
- 2) G. Graziati: "Il libro dei segni" IIª edizione. Essebiemme Editore, 2000.
- 3) V. Putti: "Lomboartrite e sciatica vertebrale". 1936.
- 4) K. Buckup: "Test ortopedici". Verduci Editore, 1997.
- 5) J.J. Cipriano: "Test ortopedici e neurologici". Verduci Editore, 1998.
- 6) S. Hoppenfeld: "L'esame obiettivo dell'apparato locomotore". Aulo Gaggi Editore, 1985.
- 7) U. Thelader, M. Fagerlund, S. Friberg, S. Larsson: "Correlazione tra test SRL e caratteristiche radiologiche dell'ernia del disco lombare". Volume XV (3), anno 1993 fascicoli Gruppo di Studio delle Scoliosi e delle patologie vertebrali.
- 8) M.L. Marasco: "Back School contro il mal di schiena". Amaltea Edizioni, 2000.
- 9) J.P. Barral: "Manipolazione viscerale 2". Castello Editore, 1998.