

Nella pratica clinica, i test clinici sono tipicamente finalizzati ad individuare una specifica diagnosi patoanatomica al fine di selezionare degli interventi di trattamento adeguati. Questo approccio diagnostico si basa sulla disponibilità di test clinici con alti livelli di accuratezza per le specifiche patologie della spalla. Molti test comunemente utilizzati nella pratica clinica sono segnalati per essere diagnostici di patologie specifiche, tra cui le varie fasi della patologia dell'impingement (borsite, sofferenza parziale o a tutto spessore di uno dei tendini della cuffia dei rotatori), per le grandi rotture della cuffia dei rotatori, per le sofferenze superiori e posteriori del labbro glenoideo e per la patologia dell'articolazione acromioclavicolare. Con questo articolo si cerca di fare ordine tra i numerosi test presenti in letteratura, sperando che tutto questo possa agevolare il lavoro quotidiano del fisioterapista e la sua prima diagnosi funzionale di fronte al paziente.

## **PATOLOGIA GENERALE DELLA SPALLA**

### **1 *Mazion Shoulder Maneuver***

Il paziente è seduto. Posiziona la mano sulla spalla opposta, muove il gomito verso la fronte, allontanandolo dallo sterno. Un dolore che si intensifica ed è localizzato sulla spalla, oppure una rigidità nel movimento, può far pensare ad un inizio di capsulite adesiva o a delle aderenze non infiammatorie della capsula articolare della spalla.

### **2 *Codman Sign o Drop Arm Test***

1) Si testa il movimento passivo della spalla. Il fisioterapista sta dietro al paziente e stabilizza la scapola con una mano, mentre l'altra mano tiene il braccio del paziente e lo muove in ogni direzione. Nelle prime fasi della patologia della cuffia dei rotatori, solo il movimento attivo è ridotto. In seguito si riduce anche il movimento passivo. E' tipicamente utilizzato in caso di sospetta lesione della cuffia dei rotatori.

2) Il fisioterapista porta il braccio del paziente in abduzione della spalla, fino ai 90°. Si chiede in seguito al paziente di riportare il braccio verso il fianco, lentamente, con il palmo della mano rivolto verso il pavimento. Se il movimento non è costante e controllato su tutto l'arco del movimento, o il paziente avverte dolore, il test è positivo.

## **DISLOCAZIONE DELLA SPALLA**

### **3 *Test di Dugas***

Il paziente si trova seduto. Viene istruito dal fisioterapista nel mettere la mano della spalla affetta sulla spalla controlaterale. Da questa posizione deve toccare con il gomito il suo torace. Se è presente un grande dolore o l'impossibilità di eseguire tale movimento, può esserci una lussazione della gleno-omeroale.

#### 4 Segno di Bryants

Il paziente sta di fronte al fisioterapista, il quale osserva le altezze delle pieghe ascellari, sia anteriori che posteriori. Una piega ascellare più bassa può indicare una dislocazione anteriore della spalla o una SLAP lesion.

### INSTABILITÀ ANTERIORE

#### 5 Anterior and Posterior Load and Shift test (test del cassetto anteriore e posteriore)

Questo test descritto da Hawkins è una modifica dei test del cassetto anteriore e posteriore di Gerber e Ganz. E' stato considerato il gold standard per la valutazione di un'instabilità anteriore e posteriore. Il paziente è seduto. Il fisioterapista crea una forza di carico per spostare la testa omerale centralmente nella glenoide. In questa "posizione caricata" vengono applicate sollecitazioni direzionali. Il fisioterapista pone una mano sulla spalla e sulla scapola per stabilizzare il cingolo scapolare e usa l'altra mano per afferrare la testa omerale. L'omero è caricato nella glenoide e poi traslato anteriormente e posteriormente. Mentre aumenta la tensione applicata, si può sentire la testa omerale salire sul bordo della glenoide. Questo test non solo valuta la quantità di traslazione ma fornisce anche un'idea dell'adeguatezza del labbro glenoideo. È fondamentale mettere a confronto le due spalle per apprezzare le somiglianze o le differenze nella traslazione.

#### 6 Test del cassetto anteriore (Gerber-Ganz)

Il paziente è supino e con il braccio abdutto sul bordo del lettino. Il fisioterapista immobilizza la scapola con una mano mentre l'altra afferra il braccio e lo tira anteriormente. Per questa posizione il braccio è afferrato e posizionato a circa 20° di abduzione e di flessione in avanti. La testa omerale viene nuovamente caricata, quindi vengono applicate tensioni anteriori. Sebbene la traslazione sia inizialmente valutata in posizione neutrale con il braccio adeso al corpo, è importante valutare le traslazioni anche in altre posizioni. Ad esempio, portando progressivamente la spalla in rotazione esterna e in abduzione, si dovrebbe apprezzare minor traslazione anteriore, poiché il legamento gleno-omeroale inferiore (GHL) diventa teso e funge da tirante. Allo stesso modo, ruotando internamente la spalla diminuisce la traslazione posteriore per merito di una struttura capsulare posteriore intatta.

#### 7 Anterior Apprehension Test

Il test può essere eseguito con il paziente seduto o supino. In quest'ultima posizione il test può essere definito come il **Fulcrum test**. Con il gomito flesso a 90°, la spalla del paziente è posizionata in abduzione a 90° e in rotazione esterna. Nessuna pressione anteriore è applicata alla testa omerale.

#### 8 Fulcrum Test

Il paziente giace supino, con la spalla in abduzione a 90° e in rotazione esterna, con il gomito flesso a 90°. Mentre mantiene questa posizione, il fisioterapista applica una pressione in senso anteriore al profilo posteriore della testa omerale.

### *9 Bony Apprehension Test*

Identico all'Anterior Apprehension Test, con la differenza che il braccio del paziente è portato a soli 45° di abduzione e 45° di rotazione esterna. Un risultato positivo dovrebbe avvertire il fisioterapista sulla possibilità di una lesione ossea come causa di instabilità sintomatica della spalla.

### *10 Test di Rowe*

Paziente seduto. Il fisioterapista si trova dietro al paziente. Il paziente posiziona la mano della spalla affetta dietro la testa. Il fisioterapista esegue una pressione postero-anteriore sulla testa omerale, mentre tira verso di sé il gomito.

### *11 Test del lanciatore*

Il paziente esegue un movimento di lancio sopra la testa, contro la resistenza del fisioterapista. In questo caso può verificarsi una sublussazione anteriore.

### *12 Test di Leffert*

Il paziente si trova seduto. Il fisioterapista pone una mano sulla testa omerale, in questo modo: il dito indice è sopra la testa omerale, anteriormente; il dito medio è sopra il processo coracoideo; il pollice è sulla testa omerale, posteriormente. L'altra mano del fisioterapista afferra il polso del paziente e muove il braccio in abduzione e rotazione esterna. Il test è positivo se a seguito di questo movimento il dito indice si sposta eccessivamente in anteriorità.

### *13 Test di Sorpresa/Rilascio*

È un test estremamente provocatorio e deve essere usato con cautela. Come nel test di riposizionamento di Jobe, il braccio del paziente viene ruotato esternamente in modo estremo, con una forza posteriore diretta e applicata alla testa omerale. Al limite della gamma di movimento, il fisioterapista improvvisamente rimuove la forza posteriore diretta dal test di riposizionamento e la sensazione da parte del paziente di una sensazione di apprensione o dolore fa considerare il test positivo.

### *14 Dynamic Anterior Jerk Test*

Il test combina una forza di compressione ad una forza di traslazione, applicata a livello della spalla tra la testa omerale e la cavità glenoidea. Così facendo si provoca una sublussazione della testa omerale e viene accompagnata da un sobbalzo del paziente che riconosce l'instabilità della sua spalla.

### *15 Relocation Test*

Il paziente giace supino. Il fisioterapista pre-posiziona la spalla a 90° di abduzione e massima rotazione esterna. L'esaminatore afferra il polso o la mano del soggetto con la sua mano distale mentre applica una forza posteriore alla testa omerale e ruota esternamente la spalla con l'altra mano.

### 16 Dynamic Rotary Stability Test

Paziente seduto. Il fisioterapista valuta il movimento della testa omerale durante semplici movimenti rotazionali a differenti gradi di flessione anteriore/abduzione, eseguiti in contrazione isometrica.

### 17 Test di rotazione cinetica mediale

Usato per differenziare e determinare se i sintomi sono principalmente dovuti ad impingement o ad instabilità. Il soggetto si trova supino con l'arto superiore abdotto a 90°, con il gomito flesso a 90°, la mano rivolta al soffitto e l'omero sul piano scapolare. Il fisioterapista pone un dito sul processo coracoideo e uno sulla testa omerale. Il paziente è invitato a ruotare attivamente e medialmente l'omero. L'ideale è la rotazione di 70° senza alcun movimento del dito del fisioterapista. Se il dito posto sulla coracoide si muove prima dei 70°, allora c'è un aumento della flessibilità relativa e del rischio di impingement scapolo-omerale. Se il dito omerale si muove prima dei 70° è coinvolto l'asse di rotazione della testa omerale e c'è un rischio di instabilità. Se entrambe le dita si muovono in avanti, c'è un rischio di instabilità e di impingement. Ovviamente questo test deve essere utilizzato con altri test di instabilità e di impingement per confermare la diagnosi funzionale.

## **INSTABILITÀ POSTERIORE**

### 18 Anterior and Posterior Load and Shift test (test del cassetto anteriore e posteriore)

Questo test descritto da Hawkins è una modifica dei test del cassetto anteriore e posteriore di Gerber e Ganz. E' stato considerato il gold standard per la valutazione di un'instabilità anteriore e posteriore. Il paziente è seduto. Il fisioterapista crea una forza di carico per spostare la testa omerale centralmente nella glenoide. In questa "posizione caricata" vengono applicate sollecitazioni direzionali. Il fisioterapista pone una mano sulla spalla e sulla scapola per stabilizzare il cingolo scapolare e usa l'altra mano per afferrare la testa omerale. L'omero è caricato nella glenoide e poi traslato anteriormente e posteriormente. Mentre aumenta la tensione applicata, si può sentire la testa omerale salire sul bordo della glenoide. Questo test non solo valuta la quantità di traslazione ma fornisce anche un'idea dell'adeguatezza del labbro glenoideo. È fondamentale mettere a confronto le due spalle per apprezzare le somiglianze o le differenze nella traslazione.

### 19 Test del cassetto posteriore (Gerber-Ganz)

Il paziente è supino e con il braccio abdotto sul bordo del lettino. Il fisioterapista immobilizza la scapola con una mano mentre l'altra afferra il braccio e lo tira anteriormente. Per questa posizione il braccio è afferrato e posizionato a circa 20° di abduzione e di flessione in avanti. La testa omerale viene nuovamente caricata, quindi vengono applicate tensioni posteriori. Sebbene la traslazione sia inizialmente valutata in posizione neutrale con il braccio adeso al corpo, è importante valutare le traslazioni anche in altre posizioni. Ad esempio, portando progressivamente la spalla in rotazione esterna e in abduzione, si dovrebbe apprezzare minor traslazione anteriore, poiché il legamento gleno-omerale inferiore (GHL) diventa teso e funge da tirante. Allo stesso

modo, ruotando internamente la spalla diminuisce la traslazione posteriore per merito di una struttura capsulare posteriore intatta.

### 20 Test di apprensione posteriore

Il paziente sta in piedi. Il fisioterapista abduce la spalla interessata tra i 90° e 110° e flette il braccio orizzontalmente a circa 20°-30°. L'altra mano del fisioterapista immobilizza la scapola dall'alto; le dita del fisioterapista afferrano la spina scapolare e la testa omerale mentre il pollice poggia sul profilo anteriore (leggermente laterale) del processo coracoideo. Si applica una spinta posteriore.

### 21 Jerk Test

Il paziente sta in piedi. Il fisioterapista applica una forza assiale al braccio del paziente, che si trova a 90 gradi di abduzione e rotazione interna, con gomito flesso. Da questa posizione il braccio del paziente viene addotto orizzontalmente mentre viene mantenuta una pressione assiale.

### 22 Test di Fukuda

Il paziente è seduto. I pollici del fisioterapista poggiano su entrambe le spine scapolari del paziente. Le altre dita del fisioterapista riposano anteriormente alla testa omerale ed esercitano una pressione verso la posteriorità per innescare un cassetto posteriore. Si ricerca in questo modo un segno passivo del cassetto posteriore.

## LASSITÀ INFERIORE

### 23 Test di iperabduzione di spalla (di Gagey)

Il paziente si trova seduto. L'avambraccio del fisioterapista tiene saldamente l'articolazione della spalla, applicando una pressione inferiore, mentre la mano dell'altro avambraccio solleva il braccio del paziente nel piano frontale. Il test è positivo se l'abduzione passiva supera i 105°. In questo caso è associato all'allungamento e alla lassità del legamento gleno-omerale inferiore.

### 24 Segno del solco a 0°

Il paziente sta seduto o in piedi, con le braccia rilassate ai fianchi. Il fisioterapista afferra con una mano il gomito del paziente e tira il braccio distalmente. L'altra mano è posizionata in tra l'acromion e la testa omerale. Si osserva la grandezza del "solco" (spazio tra il processo acromiale e la testa omerale) presente con il braccio in questa posizione di trazione. Un test è considerato positivo se si nota un solco di almeno 1-2 cm.

### 25 Segno del solco a 90°

Il paziente sta seduto, di fianco al fisioterapista. Il fisioterapista mantiene l'arto superiore del paziente in abduzione di 90°, con l'avambraccio del paziente rilassato sulla spalla del fisioterapista, gomito esteso. Una mano del fisioterapista esercita una pressione inferiore

e leggermente anteriore sulla testa omerale, mentre l'altra mano palpa il solco tra l'acromion e la testa omerale.

### **26 Test di apprensione inferiore**

Il fisioterapista supporta il braccio del paziente, in abduzione a 90 gradi, con una mano. L'altra mano cerca di invocare una sublussazione inferiore applicando una pressione verso il basso sulla spalla del paziente. E' positivo in caso di apprensione del paziente.

## **STABILITÀ DI BASE**

### **27 Test del cavatappi di Kibler**

Il fisioterapista chiede al paziente di eseguire uno squat su una gamba sola (quella opposta alla spalla affetta). Se il paziente durante questo movimento si avvita e si chiude sull'anca e sul ginocchio, il test è positivo. Una scarsa core stability può influenzare le forze di azione dei grandi muscoli che creano instabilità al cingolo scapolare.

## **SLAP LESIONS**

### **28 Test di compressione attiva (o test di O'Brien)**

Il test di compressione attiva viene utilizzato per valutare eventuali lesioni del labbro glenoideo e delle articolazioni acromion-clavicolarie. Paziente seduto. La spalla è posta a circa 90 gradi di flessione e a 30 gradi di adduzione orizzontale rispetto la linea mediana del corpo. La resistenza è applicata, usando una presa isometrica, in questa posizione sia verso la rotazione interna sia verso la rotazione esterna. Un test è positivo per la lesione del labbro quando il paziente riferisce un dolore durante il test con la spalla in rotazione interna e l'avambraccio in pronazione (rivolto verso il pavimento). I sintomi sono tipicamente minori quando viene eseguito il test in posizione di rotazione esterna o il dolore è localizzato all'articolazione acromion-claveare (AC).

### **29 Test di scivolamento anteriore (di Kibler)**

Il paziente è seduto con le mani sui fianchi e i pollici rivolti posteriormente. Il fisioterapista mette una mano a livello della spalla interessata e l'altra mano a livello del gomito. Il fisioterapista applica quindi una forza anteriore, superiormente al gomito. Il paziente deve resistere a questa forza. Il dolore sulla parte anteriore della spalla o un clic udibile rende il test positivo.

### **30 Test di scivolamento posteriore**

Il paziente è seduto con le mani sui fianchi e i pollici rivolti posteriormente. Il fisioterapista mette una mano a livello della spalla interessata e l'altra mano a livello del gomito. Il fisioterapista applica quindi una forza posteriore, superiormente al gomito. Il paziente deve resistere a questa forza. Il dolore sulla parte posteriore della spalla o un clic udibile rende il test positivo.

### **31 Test di Ludington**

Il paziente è seduto e posiziona entrambe le mani dietro la testa, con le dita intrecciate. Le spalle sono in posizione di abduzione. Il paziente contrae attivamente e rilascia la contrazione dei bicipiti brachiali. Il test è positivo se questa contrazione attiva provoca dolore nella regione deltoidea anteriore.

### **32 AERS test (abduzione-extrarotazione-supinazione)**

Il paziente sta in piedi. Il fisioterapista porta la spalla del paziente in extrarotazione e abduzione a 90°, in flessione di gomito a 90°. Da questa posizione chiede al paziente di portare l'avambraccio in supinazione, mentre impedisce il movimento.

### **33 Apprehension test**

Il paziente si trova in posizione supina. Il fisioterapista flette il gomito del paziente a 90 gradi ed abduce la sua spalla a 90 gradi, mantenendo una rotazione neutrale. Applica lentamente una forza di rotazione esterna mentre controlla attentamente il paziente. L'apprensione del paziente da questa manovra, non dal dolore, fa considerare il test positivo.

### **34 Test di Feagin o test del cassetto inferiore**

Il paziente sta in piedi con il braccio abdotto a 90 gradi con il gomito esteso e appoggiato sulla sommità delle spalle del fisioterapista in modo che la spalla sia completamente rilassata. Il fisioterapista si trova di fronte al lato coinvolto del paziente con il braccio che si appoggia sulla sua spalla. Le mani del fisioterapista sono intrecciate e appoggiate sul 1/3 superiore dell'omero del paziente. Da questa posizione spinge la testa dell'omero in basso e in avanti.

### **35 Biceps Load Test**

Il test di caricamento del bicipite prevede il posizionamento del paziente supino. Il fisioterapista posiziona la spalla a 90 gradi di abduzione e massima rotazione esterna. Alla massima rotazione esterna e con l'avambraccio in posizione supina, il paziente deve eseguire una contrazione del bicipite brachiale contro la resistenza del fisioterapista. In caso di dolore profondo all'interno della spalla durante questa contrazione si è in presenza di una lesione SLAP.

### **36 Biceps Load Test II**

Gli autori originali hanno ulteriormente raffinato il test precedente con la descrizione di questa manovra. La tecnica in esame è simile, anche se la spalla è posta in una posizione di 120 gradi di abduzione piuttosto che ai 90 gradi originariamente descritti.

### **37 Crank Test o Grind Test di Kibler**

Il fisioterapista eleva la spalla del paziente a circa 160° sul piano scapolare, con il gomito flesso a 90 gradi. A questo punto viene applicato un carico assiale mentre il braccio è ruotato internamente ed esternamente. Un click associato al dolore rende il test positivo. Questo meccanismo è simile al test di McMurray per una lesione meniscale.

### **38 SLAP test di O'Driscoll**

La spalla è posta in estrema abduzione e rotazione esterna. Da questa posizione il fisioterapista applica uno stress in valgo e una risposta positiva è indicata dal dolore alla spalla.

### **39 Test di provocazione del dolore**

Il fisioterapista pone una mano sulla scapola del paziente, mentre l'altra tiene il polso del paziente. Il braccio del paziente è abdotto ed extra rotato a 90 gradi, con gomito flesso a 90 gradi. Al paziente viene chiesto di supinare e pronare l'avambraccio. Il dolore peggiore in pronazione indica una SLAP lesion.

### **40 Il test di rotazione esterna e supinazione controresistenza**

Il paziente giace supino. Il suo braccio viene posizionato dal fisioterapista a 90 gradi di abduzione della spalla con rotazione neutra. Con il gomito a 60-70 gradi di flessione e rotazione neutra dell'avambraccio, il fisioterapista resiste alla supinazione attiva del paziente, mentre passivamente ruota esternamente la spalla. Il test è positivo se viene creato un disagio all'interno della spalla.

### **41 Test di compressione passiva**

Il paziente giace in decubito laterale con il lato interessato rivolto verso l'alto. Il fisioterapista in piedi dietro il paziente, stabilizza la spalla colpita tenendo l'articolazione Acromion-claveare con una mano e il gomito con l'altra. A questo punto ruota esternamente la spalla a 30° di abduzione e poi spinge il braccio prossimalmente mentre continua ad abdurre la spalla. Se è presente un dolore o un click doloroso nell'articolazione gleno-omerale il test è positivo. Provocando questo movimento, il capo lungo del tendine del bicipite brachiale viene posto sotto forze di trazione, avvolgendosi attorno alla piccola tuberosità e spostando il labbro superiore dal bordo superiore glenoideo. La migrazione prossimale dell'omero aggrava lo spostamento del labbro in caso di instabilità e sposta passivamente il labbro superiore.

### **42 Test di distrazione passiva**

Il paziente giace in posizione supina. Il fisioterapista si trova in piedi sul lato interessato del paziente e posiziona l'arto superiore sul bordo del lettino, a 150° di altezza nel piano coronale, con il gomito esteso, l'avambraccio supinato ed esegue una stabilizzazione prossimale per impedire ogni rotazione omerale. Il fisioterapista pronava l'avambraccio pur mantenendo una posizione costante dell'omero. Il test è positivo se il paziente riferisce un dolore in profondità all'interno dell'articolazione gleno-omerale sia anteriormente che posteriormente.

### **43 Il test di flesso - supinazione controresistenza**

Il paziente si trova in posizione supina. Entrambe le braccia del paziente sono elevate sopra la sua testa con gli avambracci appoggiati sul lettino e i palmi delle mani rivolti verso l'alto. Il fisioterapista si trova sullo stesso lato della spalla testata. Il fisioterapista

afferra l'avambraccio appena distalmente al gomito. Il paziente viene quindi incaricato di effettuare una flessione in avanti mentre il fisioterapista gli oppone una resistenza. L'idea è quella di emulare un movimento di lancio.

## **BANKART LESION**

### **44 Clunk Test**

Il paziente giace supino. Il fisioterapista pone una mano sulla faccia posteriore della gleno-omeroale, al di sopra della testa omeroale. L'altra mano del fisioterapista afferra l'omero a livello del gomito. Il fisioterapista abduce completamente il braccio del paziente sopra la sua testa. A questo punto applica una pressione in avanti con la mano posizionata a livello della testa omeroale mentre con l'altra mano porta l'omero in rotazione esterna. Il test è positivo se è presente un crepitio o uno scalino, per una lesione del labbro.

### **45 Test di taglio dinamico**

Il paziente è supino e con il braccio rilassato. La spalla è vicina al bordo del letto in modo che il materasso supporti la scapola, ma l'omero rimanga libero. Da questa posizione, il fisioterapista flette il gomito destro a 90 gradi e afferra l'olecrano e l'omero (nella sua porzione distale) con una mano. Questa mano è utilizzata per mantenere i 90 gradi di flessione del gomito, ruotare esternamente e passivamente la spalla fino al suo limite naturale con sola forza di gravità che preme sull'avambraccio, poi abduce il gomito nel suo limite naturale (verso il pavimento) e aumenta passivamente l'abduzione di spalla, pur mantenendo sia l'abduzione che la rotazione esterna ai propri limiti naturali facendo agire solo la forza gravitazionale. L'altra mano del fisioterapista viene mantenuta sull'acromion per stabilizzare la scapola e per rilevare qualsiasi clic palpabile trasmesso attraverso le strutture ossee.

## **CAPO LUNGO DEL BICIPITE BRACHIALE**

### **46 Test di Yergason**

Il paziente sta seduto. Il braccio del paziente è disteso accanto al tronco e si flette a 90° il gomito. Una delle mani del fisioterapista poggia sulla spalla del paziente e con il dito indice palpa il solco bicipitale mentre l'altra mano afferra l'avambraccio del paziente. Al paziente viene chiesto di supinare l'avambraccio contro la resistenza del fisioterapista. Questo movimento mette una tensione isolata sul tendine del capo lungo del bicipite brachiale. Il test è positivo se viene provocato il dolore a livello del solco bicipitale, sospettando una lesione o un'inflammazione del tendine del bicipite, della sua guaina o della sua connessione legamentosa attraverso il legamento trasverso omeroale. Il dolore provocato può essere aumentato premendo sul tendine a livello del solco bicipitale.

### **47 Test di Speed o Manovra di Gillchrist o Test Palm up**

[Clicca qui](#)

#### **48 Test di Ludington**

Il paziente è seduto e posiziona entrambe le mani dietro la testa, con le dita intrecciate. Le spalle sono in posizione di abduzione. Il paziente contrae attivamente e rilascia la contrazione dei bicipiti brachiali. Il test è positivo se questa contrazione attiva provoca dolore nella regione deltoidea anteriore.

#### **49 Abbot-Saunders Test**

Il paziente si trova seduto. Il fisioterapista sta dietro il paziente ed esegue un'abduzione passiva e una rotazione esterna con una mano, mentre con l'altra esegue un'abbassamento del braccio a livello della testa omerale. Un click palpabile indica la dislocazione del tendine del capo lungo del bicipite brachiale. Il fisioterapista dovrebbe valutare il comportamento non verbale del paziente, con segni di disagio o apprensione che possono indicare un coinvolgimento del tendine.

#### **50 Test del legamento trasverso omerale**

Il paziente è seduto con il braccio abdutto a 90°, la spalla ruotata internamente e il gomito in estensione. Da questa posizione, il fisioterapista ruota esternamente la spalla mentre palpa il solco bicipitale per verificare se il tendine scatta. In presenza di un'insufficienza legamentosa (a carico del legamento trasverso omerale), questo movimento provocherà un'uscita del tendine del bicipite dal solco bicipitale.

#### **51 Snap Test**

Test per verificare una sublussazione del tendine del capo lungo del bicipite brachiale. Il fisioterapista palpa il solco bicipitale con l'indice e con il medio di una mano. Con l'altra mano, afferra il polso del del paziente (abduzione di spalla a 80°- 90° e flessione di gomito a 90°) e ruota passivamente la spalla, prima in rotazione interna e poi in rotazione esterna. Se è presente una sublussazione del tendine del capo lungo del bicipite brachiale, il solco bicipitale sarà rilevabile come uno schiocco palpabile.

#### **52 Segno di Hueter**

Il paziente si trova seduto, con il gomito esteso e l'avambraccio supinato. Il fisioterapista gli chiede di flettere il gomito contro la sua resistenza. Se appare la formazione di una palla a livello del bicipite, si ha una lesione del CLB.

#### **53 Duga Sign**

Dove è presente una lesione del capo lungo del bicipite brachiale (CLB), il paziente non sarà in grado di toccare la spalla controlaterale.

#### **54 Segno di Beru**

Il fisioterapista chiede al paziente di contrarre il bicipite. Lo spostamento del capo lungo può essere palpato sotto il deltoide anteriore.

### **55 Test di trazione**

Il fisioterapista estende passivamente la spalla del paziente, con il gomito esteso e l'avambraccio pronato. Questo movimento provoca dolore nella regione deltoidea anteriore lungo il corso del capo lungo del bicipite brachiale.

### **56 Test di compressione**

Il fisioterapista un'elevazione esegue un'elevazione passiva del braccio fino alla fine del suo ROM con l'applicazione continua di una pressione postero-anteriore, che se il test è positivo produce dolore come conseguenza della compressione del CLB tra l'acromion e la testa omerale.

## **ARTICOLAZIONE ACROMION-CLAVEARE**

### **57 Prova di taglio antero-posteriore**

Il paziente sta seduto, il fisioterapista appoggia entrambe le mani, una sopra la scapola (acromion) e una sopra la clavicola e poi stringe.

### **58 Adduction Cross Chest o Test di adduzione forzata**

Il braccio interessato del paziente viene flesso a 90 gradi e forzato in adduzione, in direzione del torace

### **59 Test di adduzione forzata con braccio disteso**

Il fisioterapista afferra il braccio colpito con una mano mentre l'altra mano poggia sulla spalla opposta del paziente. In questa posizione il fisioterapista forza un'adduzione della spalla, portando tutto il braccio dietro la schiena del paziente, mentre il paziente oppone una resistenza.

### **60 Test di Dugas**

Vedi test numero 3.

### **61 Paxinos Test**

La mano del fisioterapista è posta sul terzo medio della clavicola, superiormente. Da questa posizione effettua una pressione con il pollice in una direzione antero-superiore e inferiormente con il dito indice e medio.

## **CONFLITTO O IMPINGEMENT SUB-ACROMIALE**

### **62 Segno di Neer**

Viene eseguito con il paziente seduto e il fisioterapista in piedi. La rotazione scapolare è impedita con una mano mentre l'altra mano solleva il braccio in flessione forzata (elevazione in avanti), causando un impatto della grande tuberosità dell'omero contro l'acromion. Il test è positivo se la manovra produce dolore.

### 63 Hawkins Kennedy Test

Il fisioterapista sta in piedi di fronte al paziente. Flette l'omero a 90° con il gomito flesso a 90° ed esegue una rotazione interna forzata della spalla abbassando l'avambraccio, mentre la scapola è stabilizzata posteriormente. Questa manovra porta la grande tuberosità proprio sotto il legamento coraco-acromiale. Il dolore evocato con tale manovra fa considerare il test positivo per l'impingement.

### 64 Test di Jobe o Empty can Test

Ci sono due fasi di questo test. Nella prima parte, il fisioterapista valuta il deltoide, con il braccio del paziente a 90° di abduzione e rotazione neutra. Per valutare il sovraspinoso, il braccio viene quindi spostato in rotazione interna (pollice rivolto verso il basso) e viene richiesto al paziente di resistere in modo isometrico ad una pressione verso il basso applicata dal fisioterapista.

### 65 Full can test

Il paziente è seduto o in piedi con la spalla in elevazione nel piano scapolare a 30-45 gradi (alcuni autori suggeriscono 90 gradi) e in rotazione esterna. Il fisioterapista applica una forza verso il basso, prossimale al polso del paziente, mentre il paziente si oppone. Il test è positivo se provoca dolore e / o debolezza.

### 66 Test dell'impingement di Copeland

Il fisioterapista abduce passivamente il braccio del paziente sul piano scapolare. Esegue una rotazione interna e provoca dolore, che viene eliminato con la spalla in rotazione esterna

### 67 Test di Hawkins a 90° ma senza flessione

### 68 Test di Dawburn

Il paziente si trova seduto. Il fisioterapista palpa dolcemente l'acromion, anteriormente, in zona bursale subacromiale e osserva se è presente un disagio da parte del paziente. Da questa posizione abduce passivamente il braccio. Se il dolore scompare con un aumento dell'abduzione, ciò indica un'inflammazione della borsa subacromiale.

### 69 Test dell'Impingement coracoideo

Dolore direttamente sul processo coracoideo quando il braccio viene addotto passivamente in direzione del petto.

### 70 Segno della borsite

Il fisioterapista palpa la regione subacromiale antero-lateralmente. La presenza di dolore indica una borsite subacromiale.

### 71 Test di sollievo dall'impingement

Il paziente esegue con il braccio interessato tutto il ROM articolare per cinque volte e indica l'arco doloroso. Il fisioterapista applica poi una forza inferiore e posteriore sulla testa omerale durante la fase dolorosa, che allevia il dolore dovuto all'impingement.

### 72 Test di assistenza scapolare

Il fisioterapista aiuta il movimento della scapola con una mano durante l'elevazione eseguita dal braccio del paziente. Ciò elimina il dolore nell'arco doloroso dell'impingement nei pazienti con conflitto dinamico/secondario e indica che sono necessari esercizi di riabilitazione della muscolatura scapolare.

## **CUFFIA DEI ROTATORI**

### 1. SOVRASPINOSO

#### 73 Test di Jobe o Empty can Test

Ci sono due fasi di questo test. Nella prima parte, il fisioterapista valuta il deltoide, con il braccio del paziente a 90° di abduzione e rotazione neutra. Per valutare il sovraspinoso, il braccio viene quindi spostato in rotazione interna (pollice rivolto verso il basso) e viene richiesto al paziente di resistere in modo isometrico ad una pressione verso il basso applicata dal fisioterapista.

#### 74 Apley Scratch Test

Primo test: Il paziente è incaricato dal fisioterapista di toccare la spalla opposta con la mano del lato affetto. Questo movimento controlla l'adduzione e la rotazione interna della gleno-omerale, l'adduzione orizzontale e la protrazione scapolare.

Secondo test: Il soggetto è incaricato dal fisioterapista di mettere il braccio affetto sopra l'altro braccio e raggiungere il rachide dorsale superiore, andando dietro il collo. Questo movimento controlla l'abduzione e la rotazione esterna della gleno-omerale, la rotazione esterna e l'elevazione scapolare.

Terzo test: Il soggetto mette la sua mano in prossimità della colonna lombo-sacrale cercando di salire il più possibile. Questo movimento controlla l'adduzione e la rotazione interna della gleno-omerale, la retrazione scapolare con rotazione verso il basso.

#### 75 Hug-up test

[Clicca qui](#)

#### 76 Il segno di Dawburn

Aumenta il dolore quando il paziente abbassa il braccio dalla posizione di elevazione.

#### 77 Codman Sign o Drop Arm Test

1) Si testa il movimento passivo della spalla. Il fisioterapista sta dietro al paziente e stabilizza la scapola con una mano, mentre l'altra mano tiene il braccio del paziente e lo

muove in ogni direzione. Nelle prime fasi della patologia della cuffia dei rotatori, solo il movimento attivo è ridotto. In seguito si riduce anche il movimento passivo. E' tipicamente utilizzato in caso di sospetta lesione della cuffia dei rotatori.

2) Il fisioterapista porta il braccio del paziente in abduzione della spalla, fino ai 90°. Si chiede in seguito al paziente di riportare il braccio verso il fianco, lentamente, con il palmo della mano rivolto verso il pavimento. Se il movimento non è costante e controllato su tutto l'arco del movimento, o il paziente avverte dolore, il test è positivo.

### **78 Subacromial Grind Test**

[Clicca qui](#)

### **79 Rent test**

Il paziente si trova in posizione seduta, con il braccio rilassato sul fianco. Il fisioterapista si trova alle spalle del paziente e palpa il bordo anteriore dell'acromion con una mano mentre tiene il gomito del paziente in flessione con l'altra mano. Il fisioterapista estende passivamente la spalla mentre la porta lentamente in rotazione esterna ed interna. La grande tuberosità sarà prominente e si verificherà una depressione di circa 1 cm di larghezza sul dito se è presente una lesione della cuffia dei rotatori.

### **80 Test di abduzione di zero gradi**

Il paziente si trova in piedi con le braccia al suo fianco. Un'abduzione contro resistenza che provoca dolore o una forte debolezza suggerisce una lesione di una dei muscoli della cuffia dei rotatori.

### **81 Segno di Ludington**

Il paziente è seduto. Il fisioterapista gli chiede di posizionare entrambe le mani dietro il collo. Se il paziente deve effettuare dei movimenti compensatori o è in grado di posizionare la mano della spalla affetta dietro il collo solo con l'aiuto dell'altra mano, tutto ciò può indicare una lesione della cuffia dei rotatori, principalmente del muscolo sovraspinoso.

### **82 Test di retrazione scapolare**

Al paziente viene chiesto di posizionare la scapola in retrazione, chiedendo di avvicinare entrambe le scapole verso la linea mediana. Questo test valuta la forza del Sovraspinoso, ottimizzando una cuffia dei rotatori indebolita e dando un'idea più reale della forza del sovraspinato.

### **83 Test laterale di Jobe**

Il paziente tiene le braccia a 90 gradi di abduzione nel piano coronale con i gomiti flessi a 90 gradi e le mani con i pollici orientati medialmente. Un test positivo consiste nella sensazione di dolore o nella debolezza di resistere alla pressione del fisioterapista verso il basso sulle braccia.

#### **84 Full can test**

Il paziente è seduto o in piedi con la spalla in elevazione nel piano scapolare a 30-45 gradi (alcuni autori suggeriscono 90 gradi) e in rotazione esterna. Il fisioterapista applica una forza verso il basso, prossimale al polso del paziente, mentre il paziente si oppone. Il test è positivo se provoca dolore e / o debolezza.

### **2. INFRASPINOSO**

#### **85 Segno di Hornblower (o test di Patte)**

Il paziente flette in avanti la spalla del lato colpito fino a 90 gradi. La spalla viene poi leggermente abbassata dal fisioterapista di 15-20 gradi. Il gomito è piegato a 90 gradi con il palmo della mano rivolto verso il paziente. Il fisioterapista prende l'avambraccio distale (verso il polso) sulla sua superficie dorsale. Al paziente viene quindi chiesto di ruotare esternamente la spalla, contro la resistenza del fisioterapista. In caso di test positivo, il paziente assumerà una posizione caratteristica, il segno di Hornblower.

#### **86 Test di rotazione esterna controresistenza in adduzione**

Il paziente si trova in piedi, di fronte al fisioterapista. La spalla del paziente è leggermente addotta e in rotazione neutra. Il gomito si trova in flessione a 90°. Da questa posizione il fisioterapista chiede una spinta in extra-rotazione di spalla, mentre impedisce il movimento opponendo una resistenza.

#### **87 Test di retrazione scapolare dell'infraspinato**

Il paziente sta in piedi, con il braccio addotto, la spalla in rotazione neutra e il gomito flesso a 90°. Si valuta la forza del muscolo infraspinato attraverso una contrazione isometrica del paziente, insieme ad un movimento di retrazione scapolare.

#### **88 Lag Sign in Rotazione Esterna a 90°**

Il paziente è seduto. Il fisioterapista tiene il braccio del paziente a 90° di elevazione (sul piano scapolare) ed esegue una rotazione esterna quasi completa, con il gomito flesso a 90°. Il mantenimento di questa posizione è una funzione principalmente dell'infraspinoso. Al paziente viene chiesto di mantenere attivamente questa posizione in quanto il fisioterapista rilascia il sostegno al polso e al gomito. Il segno è positivo se si verifica una caduta dai 5° in su.

### **3. SOTTOSCAPOLARE**

#### **89 Lift-off test o Test di Gerber**

[Clicca qui](#)

#### **90 Lag Sign in Rotazione Interna**

Stessa procedura del Lift-off test. Il fisioterapista in questo caso valuta il mantenimento della posizione della mano, che non deve toccare la schiena. Il test è positivo se il paziente non riesce a mantenere la posizione di posteriorità della mano nei confronti

della colonna, con la caduta della mano verso il basso o il suo riavvicinamento alla colonna.

### **91 Belly-Off Sign**

Paziente seduto. Il fisioterapista muove passivamente l'arto superiore interessato in flessione in massima rotazione interna con il gomito flesso a 90°. Il fisioterapista supporta il gomito del paziente mentre l'altra mano porta il braccio alla massima rotazione interna, ponendo il palmo della mano sull'addome. Al paziente viene chiesto di mantenere attivamente, con il polso dritto, questa posizione di rotazione interna mentre il fisioterapista rilascia il polso (mantenendo il supporto del gomito).

### **92 Belly Press Test o Segno di Napoleone**

[Clicca qui](#)

### **93 Belly Press Test modificato**

Il paziente si trova seduto o in piedi, con la mano del lato colpito sull'addome e il gomito vicino al corpo. Il fisioterapista si trova sul lato interessato del paziente e istruisce il paziente nel portare il gomito in avanti e raddrizzare il polso. Il fisioterapista misura l'ultimo angolo di flessione del polso con un goniometro. Il test è positivo per una differenza maggiore di 10° tra spalla sana e spalla affetta.

### **94 Bear Hug Test**

[Clicca qui](#)

## **4. LESIONE MASSIVA DELLA CUFFIA**

### **95 Segno di Hornblower (o test di Patte)**

Il paziente flette in avanti la spalla del lato colpito fino a 90 gradi. La spalla viene poi leggermente abbassata dal fisioterapista di 15-20 gradi. Il gomito è piegato a 90 gradi con il palmo della mano rivolto verso il paziente. Il fisioterapista prende l'avambraccio distale (verso il polso) sulla sua superficie dorsale. Al paziente viene quindi chiesto di ruotare esternamente la spalla, contro la resistenza del fisioterapista. In caso di test positivo, il paziente assumerà una posizione caratteristica, il segno di Hornblower.

### **96 Dropping Sign o Test di Walch**

Il paziente si trova seduto, con la spalla che viene posizionata a 0 di abduzione e 45 di rotazione esterna, con il gomito flesso a 90°. Il fisioterapista tiene l'avambraccio del paziente in questa posizione, invita il paziente a "mantenere questa posizione quando lascia andare l'avambraccio". Al rilascio dell'avambraccio il test è considerato positivo se l'avambraccio del paziente torna a 0 di rotazione esterna, nonostante gli sforzi del paziente per mantenere la rotazione esterna.

### **97 Test della spalla del corno francese (rotazione interna ed esterna)**

Il test in questione è diviso in due fasi. Si testa la rotazione interna e poi la rotazione esterna della spalla interessata, che riposa in adduzione a lato del paziente, con il gomito flesso a 90/100°. Da questa posizione il fisioterapista chiede una contrazione controresistenza in rotazione esterna e in rotazione interna.

## **SINDROME DELL'IMPINGEMENT INTERNO**

### **98 Segno di conflitto posteriore**

Il paziente giace in posizione supina con la spalla a 90 gradi di abduzione e il gomito in flessione a 90 gradi. Il fisioterapista, dopo aver stabilizzato il gomito, applica una forza in rotazione esterna fino ad arrivare alla massima rotazione esterna.

### **99 Test di compressione o Test di O'Brien**

Vedi numero 28.

### **100 GIRD Test o Deficit di rotazione interna Gleno-omeroale**

Dovuto ad una capsula articolare retratta posteriormente.

## **LESIONE POSTERIORE DEL LABBRO GLENOIDEO**

### **101 Push-Pull Test**

Il paziente è supino e il fisioterapista tiene il braccio al polso con la spalla a 90 gradi di abduzione e rotazione neutra. Il fisioterapista pone l'altra mano sull'omero, prossimalmente. Da questa posizione, mentre tira con il braccio che tiene il polso del paziente, spinge con il braccio sull'omero prossimale. Questo è spesso sufficiente per traslare la testa dell'omero del paziente posteriormente. Il test è positivo se riproduce i sintomi dei pazienti.

### **102 Jahnke Jerk Test**

Test eseguito in posizione seduta o supina. Il braccio colpito è posizionato in massima adduzione orizzontale e rotazione interna e il fisioterapista applica una forza posteriore. Ciò provoca una sublussazione posteriore. Successivamente la spalla viene riportata in posizione neutra dall'adduzione orizzontale pur mantenendo la forza posteriore sull'omero. Come la spalla si avvicina alla neutralità, uno schiocco può annunciare la riduzione della spalla sublussata, il che rende il test positivo.

### **103 Jerk Test Doloroso**

Vedi numero 21.

## **IMPINGEMENT CORACOIDEO**

### **104 Segno del conflitto Coracoideo**

Eseguito con il paziente in piedi, con la spalla abdotta a 90 gradi con adduzione orizzontale nel piano coronale e massima rotazione interna.

Fonti:

[Full English Version PDF](#)

[Libro test clinici](#)

[Quiziet](#)

[Shoulderdoc](#)

[Studio](#)

[Medisavvy](#)

[Mikereinold](#)

[PTHAVEN](#)

[Slideshare](#)

© Copyright - Fisio Notizie 2017