AUSL DI PARMA
PRESIDIO OPEDALIERO DI FIDENZA – S. SECONDO PARMENSE
OSPEDALE VAIO
Direttore Prof. E. Vaienti

LA COXALGIA EXTRA-ARTICOLARE: UNA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Dott. Galeazzo Concari

ANCA DOLOROSA NON TRAUMATICA: EZIOLOGIA

1) Articolare

2) Extra-articolare: patologie di tessuti molli, muscoli, tendini, legamenti e borse

3) Sindromi da entrapment neurogeno e formazioni erniarie

L’ANCA DOLOROSA: EZIOLOGIA ARTICOLARE

- Displasia congenita
- M. di Perthes, epifisiolisi
- Osteoartrosi
- Patologie infiammatorie (AR, Artropatia psoriasica, condrocalcinosi..)
- Sinovite transitoria
- Artrite settica
- Patologie vascolari (ON, Edema transitorio)
- Osteocondromatosi sinoviale
- Sinovite pigmentosa villonodulare
- Impingement Femoro Acetabolare
- Lesioni tumorali

ANCA DOLOROSA: CAUSE NON-ARTICOLARI

- Snapping hip syndrome

- Sindrome della fascia lata

- Borsiti:
  Trocanterica
  Ileopsoas

- Osteite pubica: pubalgie

SNAPPING HIP SYNDROME

Il termine “anca a scatto” (snapping hip syndrome) indica una patologia caratterizzata dalla sensazione di scatto a livello articolare che si associa a dolore.

In passato si credeva che la causa dello scatto fosse intrarticolare mentre attualmente si ritiene che nella stragrande maggioranza dei casi questa sia extrarticolare.

Si possono riconoscere tre tipi di anca a scatto:

- Laterale
- Anteriore
- Posteriore

ANCA A SCATTO LATERALE

È dovuta al brusco scavalcamento del margine posteriore del gran trocantere da parte del tendine del muscolo tensore della fascia lata e/o del margine anteriore del grande gluteo.

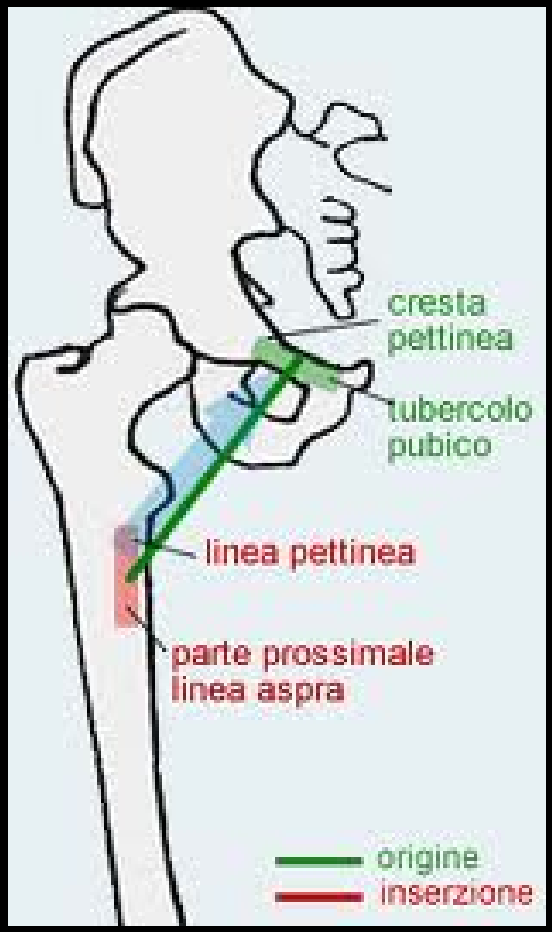
Generalmente si manifesta, durante un movimento di flessione dell'anca, con una brusca sensazione di scatto percepibile sulla regione trocanterica a cui può associarsi l'improvvisa comparsa di dolore più o meno intenso nella stessa sede.

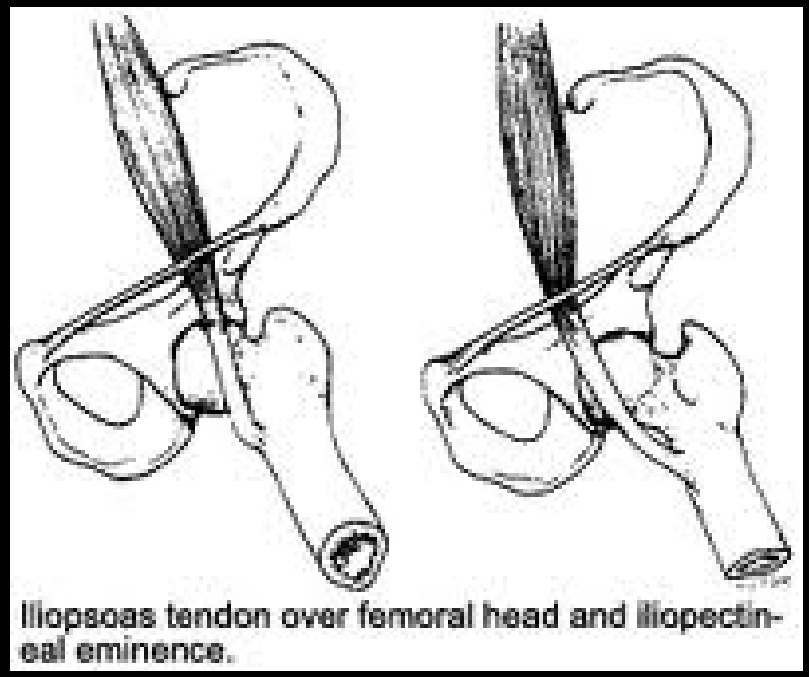
Tensor fasciae latae
Iliotibial band
Femur
Gluteus maximus
Gerdy's tubercle

ANCA A SCATTO ANTERIORE

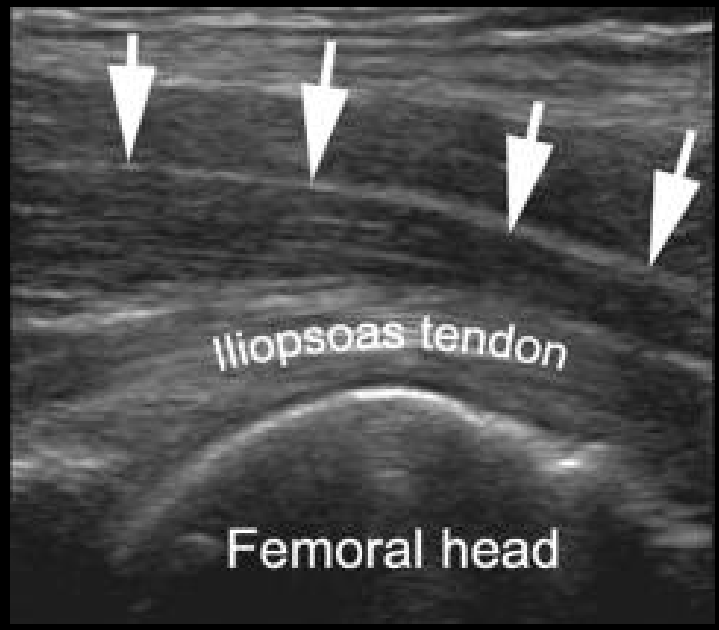
È causata da un brusco scatto del tendine del muscolo ileopsoas sull'eminenza ileo-pettinea durante i movimenti di flesso-estensione dell'anca.

Questo tipo è stato scoperto di recente e sembra responsabile di un gran numero di scatti.





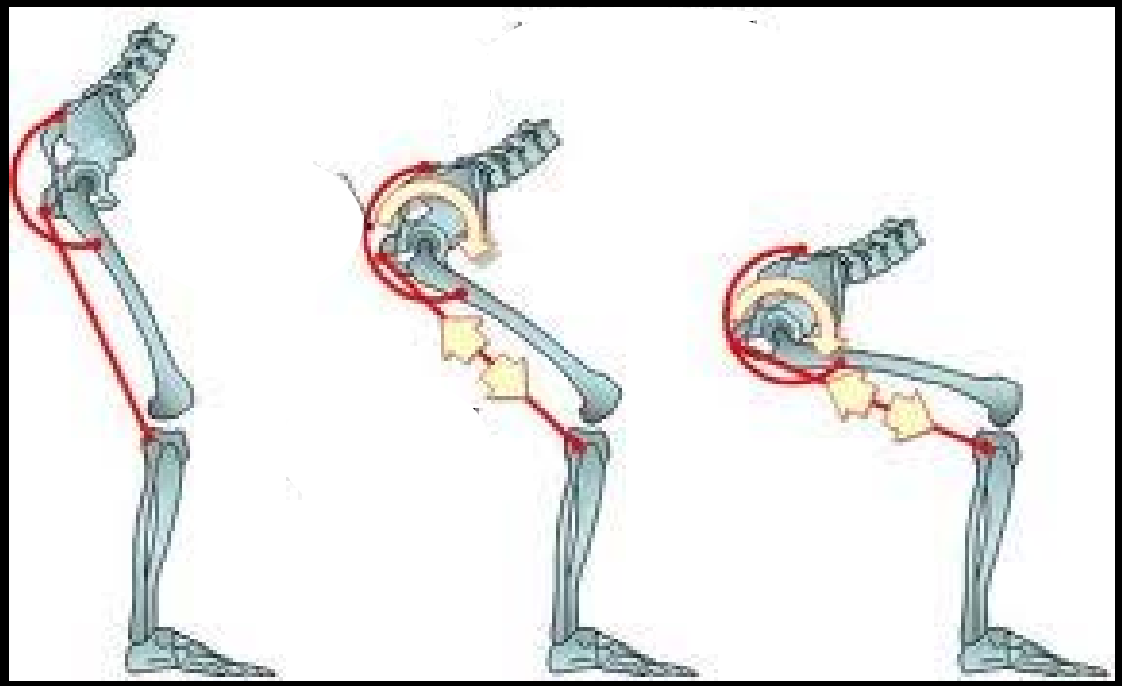
Iliopsoas tendon over femoral head and iliopectineal eminence.



ANCA A SCATTO POSTERIORE

È molto rara ed è dovuta ad un brusco movimento che il capo lungo del bicipite femorale compie sulla tuberosità ischiatica.

In letteratura è stato descritto solo un caso



origine
inserzione
parte superiore della tuberosità ischiatica
labbro laterale della linea aspra del femore e setto intermuscolare laterale
testa della fibula

ANCA A SCATTO

Rimane una patologia poco studiata probabilmente a causa dell'esito benevolo che nella maggioranza dei casi la contraddistingue.

Deve essere considerata una patologia da sovraccarico che può colpire i praticanti di quasi tutti gli sport, ma soprattutto coloro che svolgono discipline nelle quali è richiesta una notevole mobilità dell'anca.

In ogni caso il riscontro che questa patologia tende a ridursi nelle fasce di età più avanzate fa pensare che:

1) questa affezione sia in stretto rapporto con la pratica sportiva e
2) che l'esito sia quasi sempre favorevole per il soggetto.

SINDROME DELLA FASCIA-LATA

Il dolore e' avvertito principalmente a livello della articolazione dell'anca e del Gran Trocantere

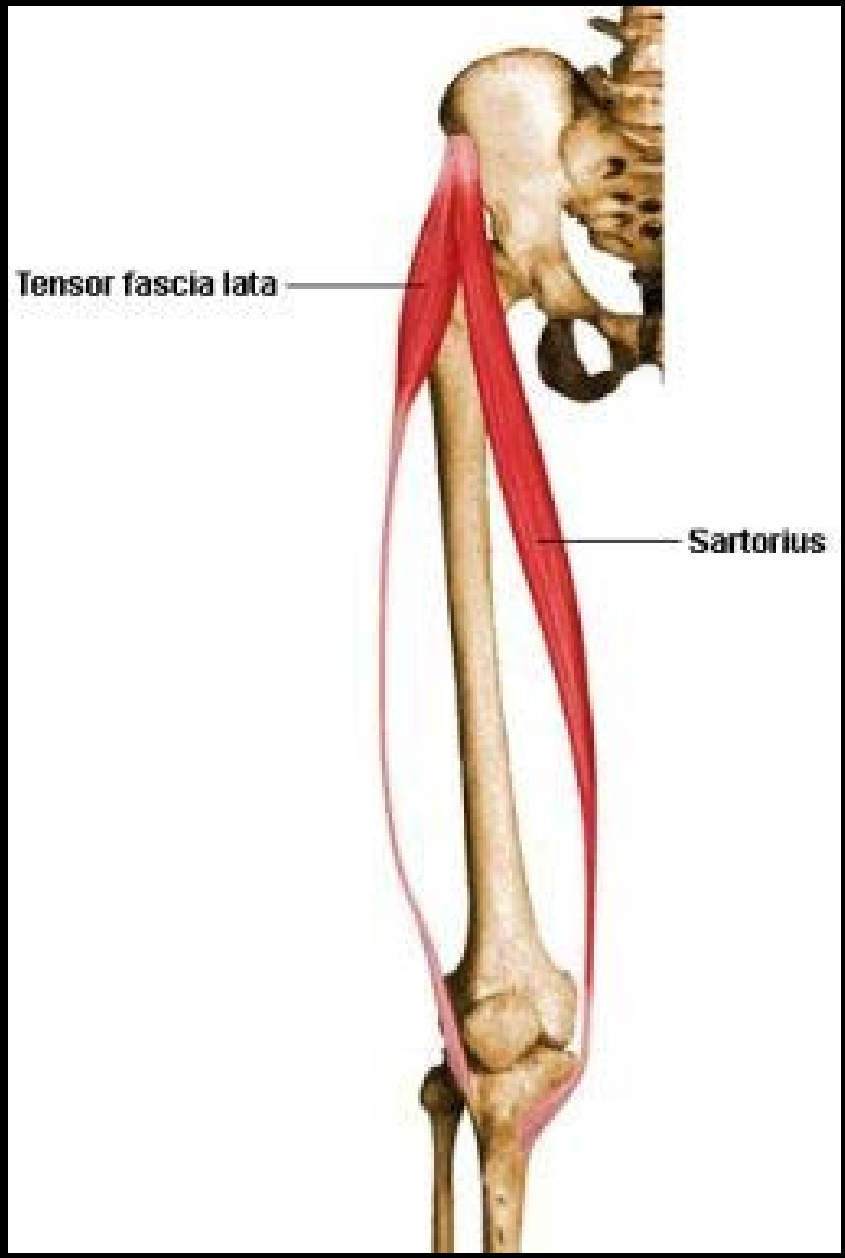
Il dolore inizia o peggiora a seguito di una particolare attivita' o trauma fisico

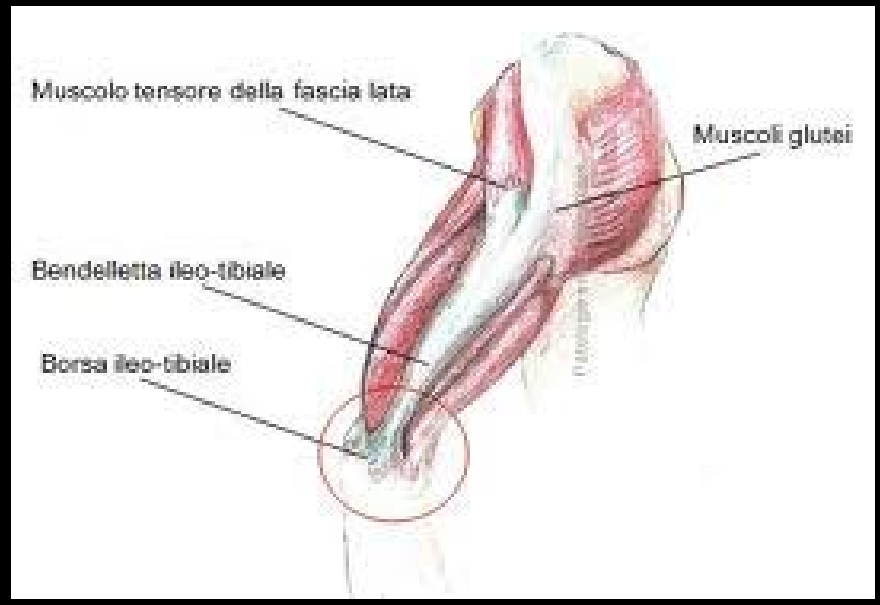
Tale sintomo può spesso portare a diagnosi erronee quali Borsite Trocanterica e/o coxartrosi

SINDROME DELLA FASCIA-LATA

Le funzioni del muscolo sono essenzialmente quelle di flessione dell'anca e del ginocchio, di stabilizzazione nella deambulazione e di abduzione e inversione dell'anca.

Il muscolo viene sovraccaricato nella corsa e nelle lunghe camminate specialmente in salita, oppure in attivita' che comportano ripetuta flessione dell'anca come le arti marziali, la danza e la ginnastica.


Tensor fascia lata
Sartorius


Muscolo tensore della fascia lata
Muscoli glutei
Bendelletta ileo-tibiale
Borsa ileo-tibiale

TRATTAMENTO

Indispensabili sono gli esercizi di stretching

Evitare fattori perpetuanti quali dormire o sedere con le ginocchia vicine al petto, correre su superfici oblique, correre con scarpe consumate ai lati, ripetere in maniera eccessiva e violenta senza opportuno riscaldamento, movimenti di sollevamento del ginocchio in avanti o diagonalmente (p.es. calci frontali nelle arti marziali)

BORSITE TROCANTERICA

E’ un processo infiammatorio a carico della borsa sinoviale del grande trocantere del femore.

La borsite trocanterica interessa i soggetti di mezza età e gli anziani, colpisce più frequentemente le donne e i soggetti con squilibri posturali, ad esempio inclinazione del bacino o dismetria degli arti inferiori o anomalie della deambulazione.

BORSITE TROCANTERICA

Il soggetto affetto da borsite trocanterica avverte dolore nella zona superiore esterna del femore, soprattutto alla palpazione o digitopressione, durante la corsa e nei cambi di direzione.

In fase acuta è possibile che il paziente zoppichi e faccia fatica a deambulare e fare le scale. I movimenti senza carico sono dolenti nell'adduzione e nella flessione dell'anca oltre l'angolo retto, è possibile una limitazione dell'ampiezza del movimento.

Il dolore può essere anche notturno, soprattutto se si dorme sul lato malato.

Le fitte si possono avvertire a livello del gluteo, non in area inguinale o nella zona interna della coscia.

DIAGNOSI

CILINICA: Esame Obiettivo ed Anamnesi

- dolore alla palpazione e digitopressione in sede trocanterica
- dolore all'adduzione e alla flessione dell'anca oltre l'angolo retto, articolarità passiva ed attiva limitata.
- dolore notturno, se si dorme sul lato malato

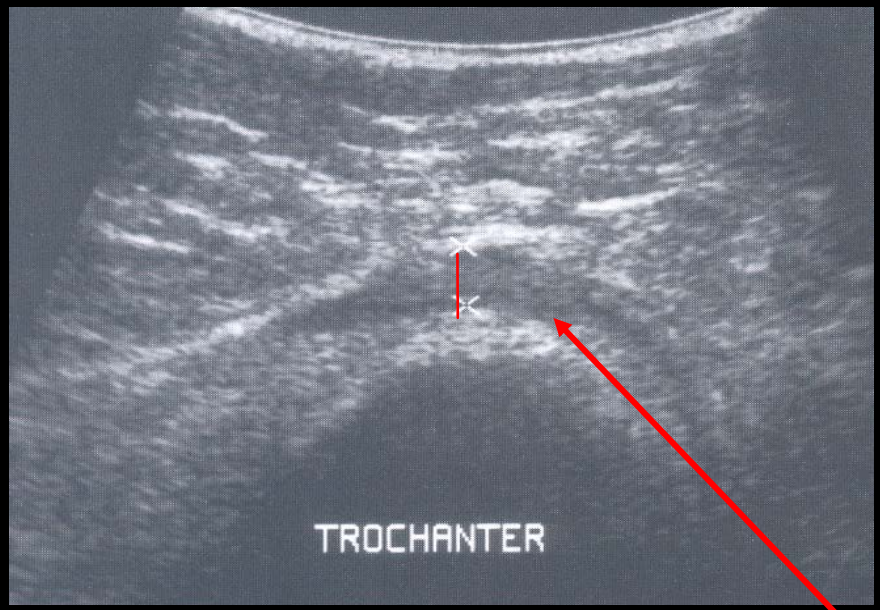
STRUMENTALE:

- RX
- ECOGRAFIA
- RMN

RX STANDARD

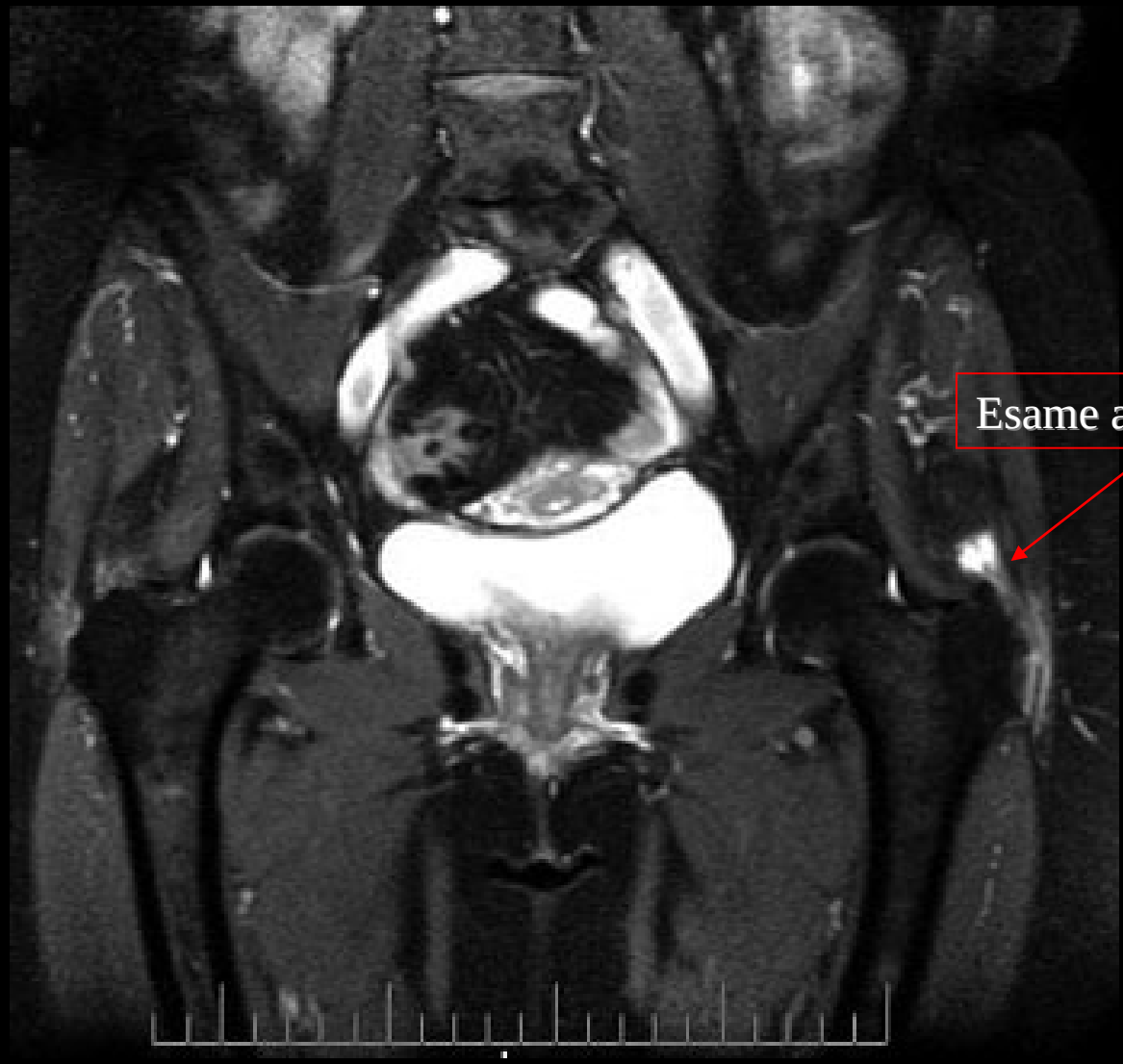
asperita’ trocanterica

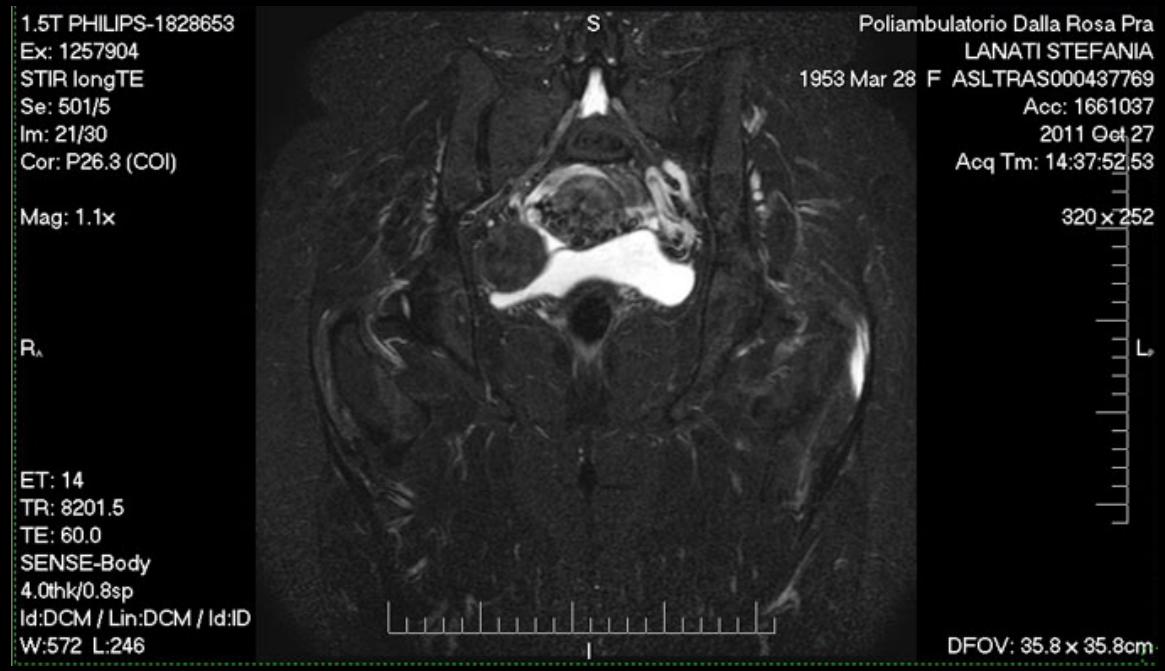
ECOGRAFIA



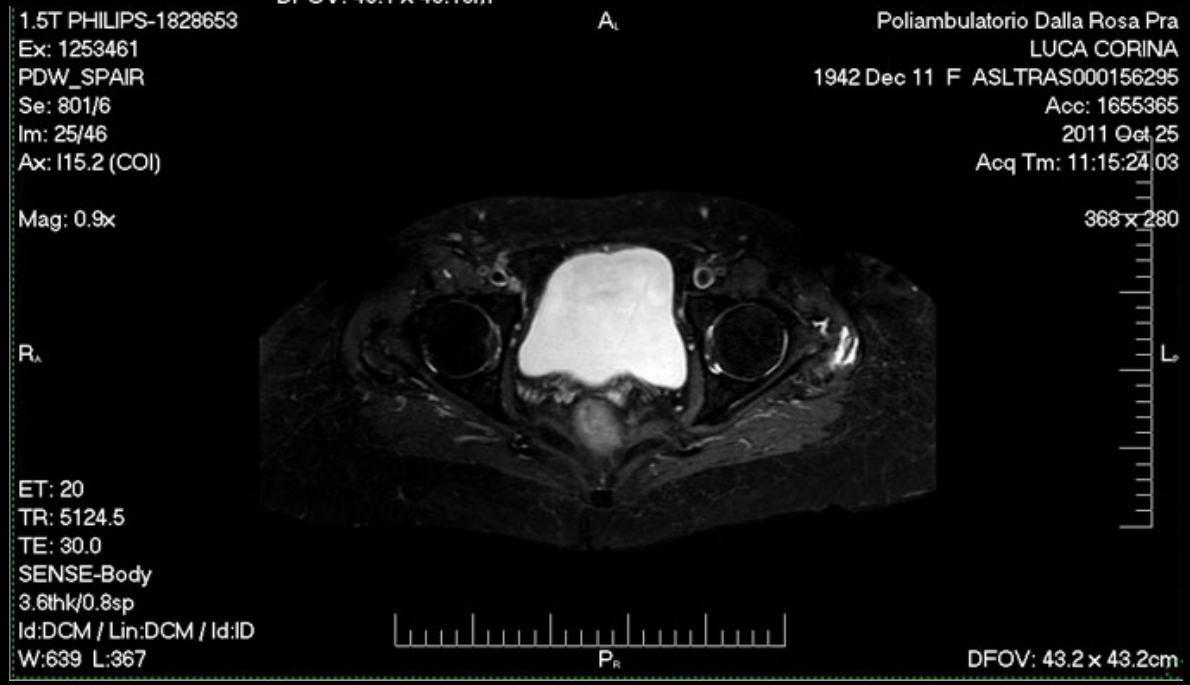
borsite

RMN

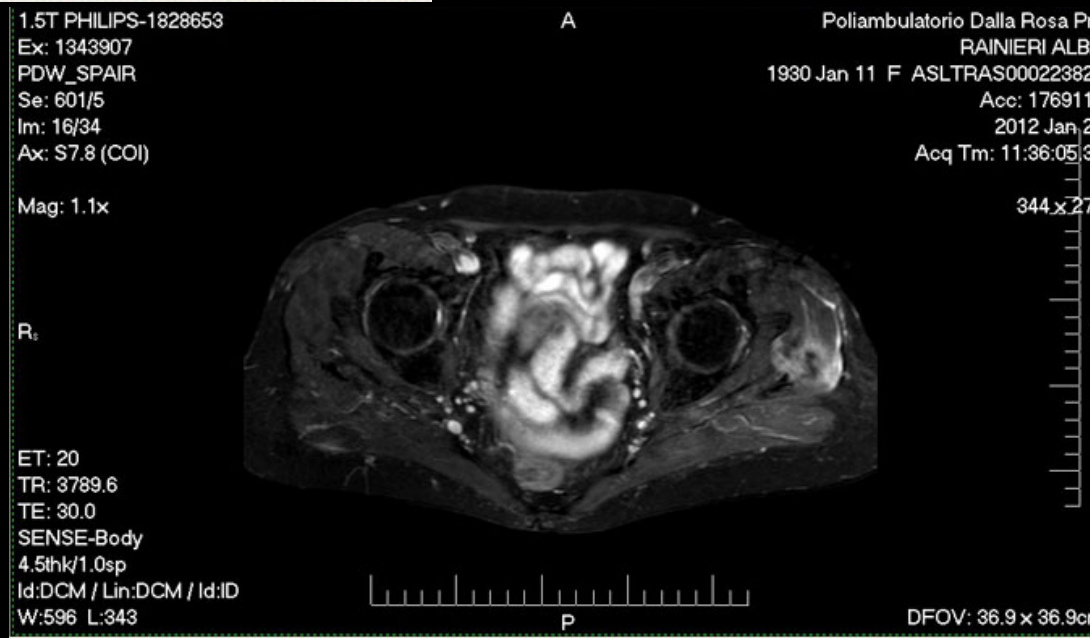




Donna di 48aa sportiva: maratoneta



Uomo di 59aa sportivo stagionale: caduta sugli sci



Donna di 82aa con clinica + per borsite:
lesione muscolare glutea dopo caduta accidentale

TRATTAMENTO

- FANS per os e topici

- Terapia fisica
  - Ultra-Suoni mobili
  - Onde d'Urto

- Terapia infiltrativa
  - Corticosteroidi
  - Fattori di crescita autologhi (gel piastrinico)

Pfizer
CELEBREX
200 mg
Celecoxib
Capsules
Caja con 10 cápsulas

OKi
Ketoprofene
sale di lisina

ARCOXIA 120
etoricoxib 120 mg
MSD

Onde d’urto

Ultra suoni

Pfizer
DEPO-MEDROL®
1 ml
Injekční suspenze

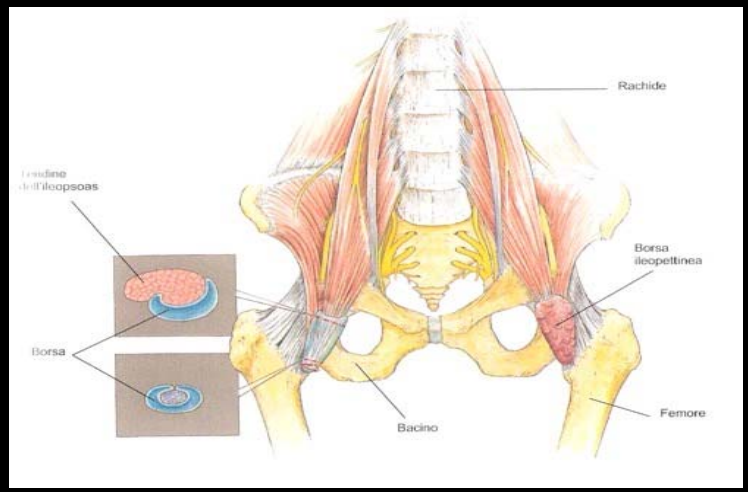
DEPO-MEDROL®
WITH LIDOCAINE

1290031006
A1
POS
AUTOEMOTRASFUSIONE

BORSITE ILEOPSOAS

Il muscolo ileo psoas è il maggior flessore dell'anca. Esso origina dalle vertebre lombari (psoas) e della parte interna dell'ileo (muscolo iliaco) si inserisce sul piccolo trocantere.

Dietro il tendine dell'ileo psoas è situata la borsa ileo pettinea, che circonda a semicerchio il tendine è può diventare sede di infiammazione, sia singolarmente che in associazione con il tendine dell'ileo psoas.



borsa piu' grande del corpo umano

DIAGNOSI

CILINICA: Esame Obiettivo ed Anamnesi

dolore alla palpazione in corrispondenza dell'inserzione del tendine sul femore (molto difficile da evidenziare soprattutto in un soggetto muscoloso/grasso).

sensazione (soggettiva) di tensione e un gonfiore all'inguine.

dolore, massa palpabile, sindrome da compressione sulla vena e nervo femorali con neuropatia ed edema periferico.

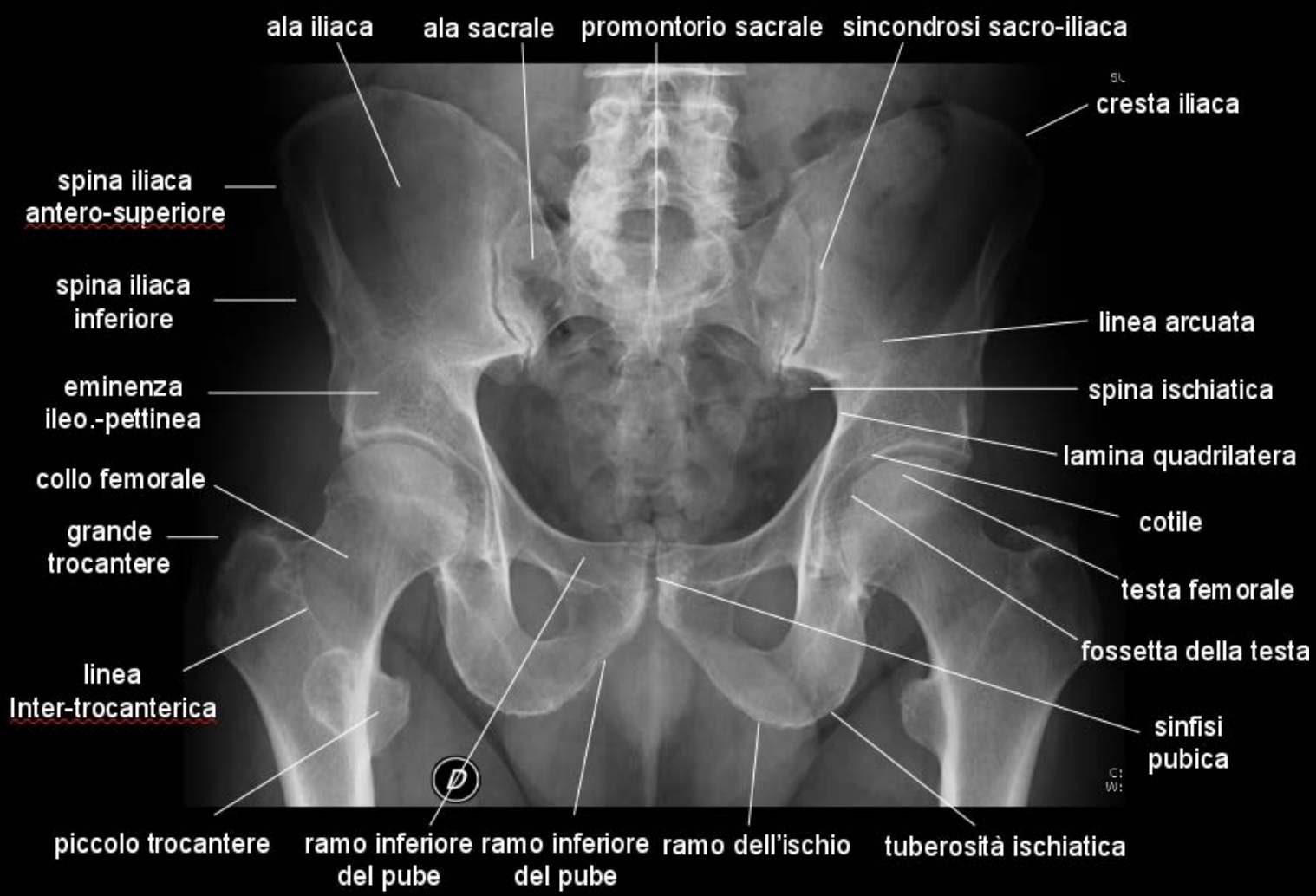
STRUMENTALE:

RX

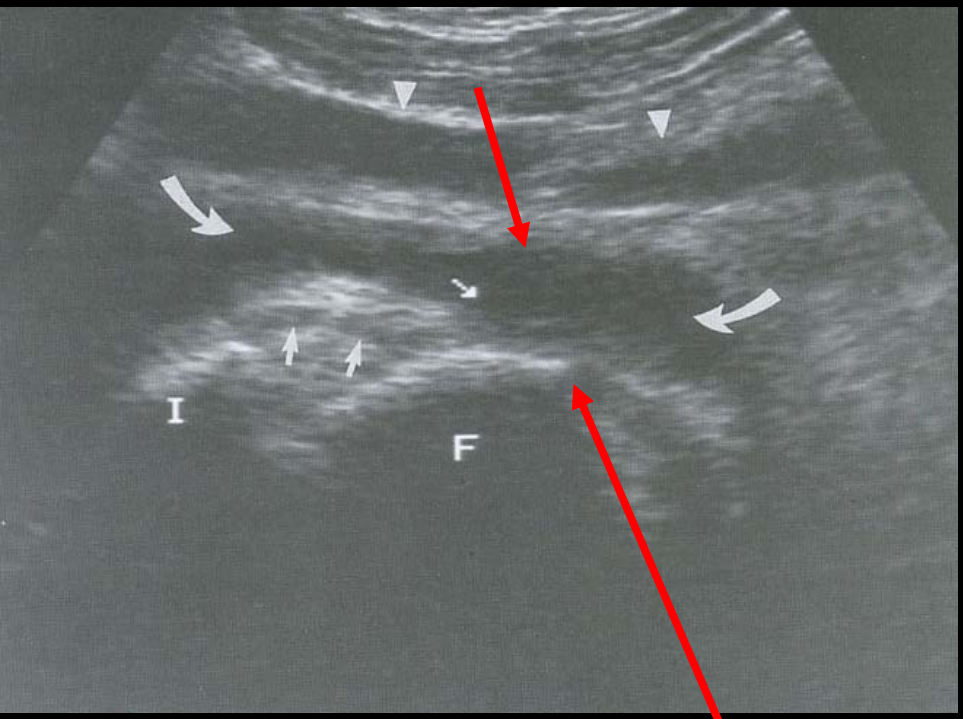
ECOGRAFIA

RMN

RX STANDARD

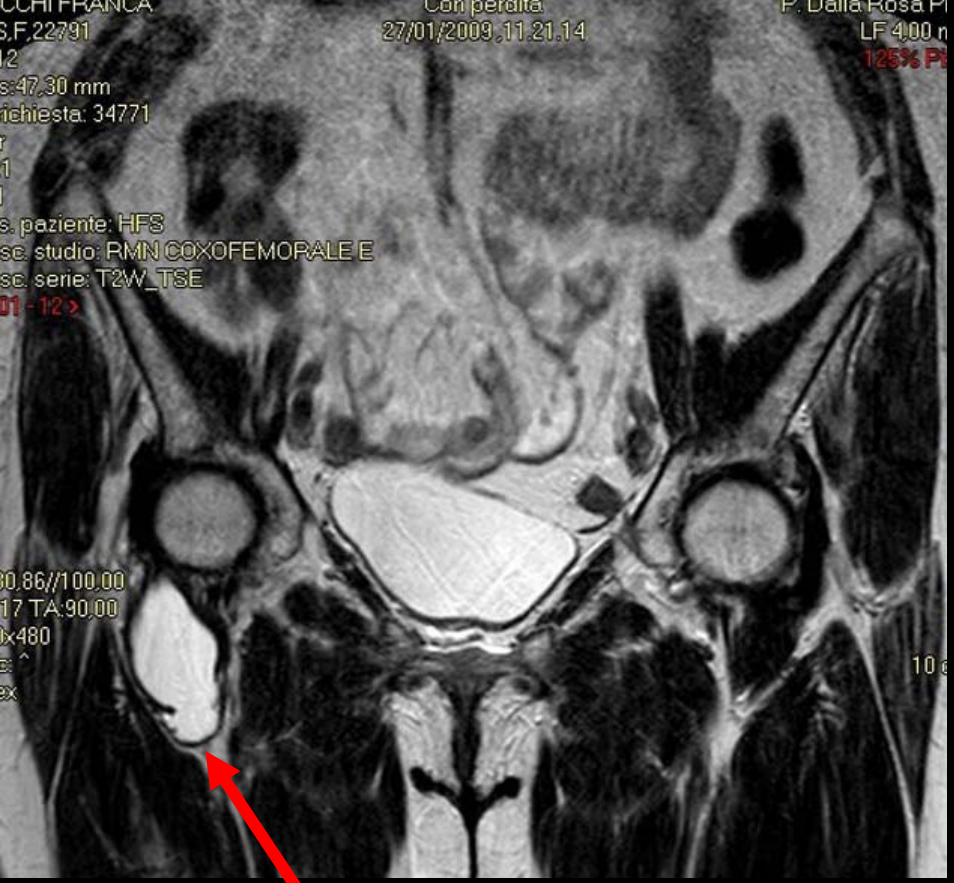

ala iliaca
ala sacrale
promontorio sacrale
sincondrosi sacro-iliaca
cresta iliaca
spina iliaca antero-superiore
spina iliaca inferiore
eminenza ileo.-pettinea
collo femorale
grande trocantere
linea Inter-trocanterica
linea arcuata
spina ischiatica
lamina quadrilatera
cotile
testa femorale
fossetta della testa
sinfisi pubica
piccolo trocantere
ramo inferiore del pube
ramo inferiore del pube
ramo dell'ischio
tuberosità ischiatica

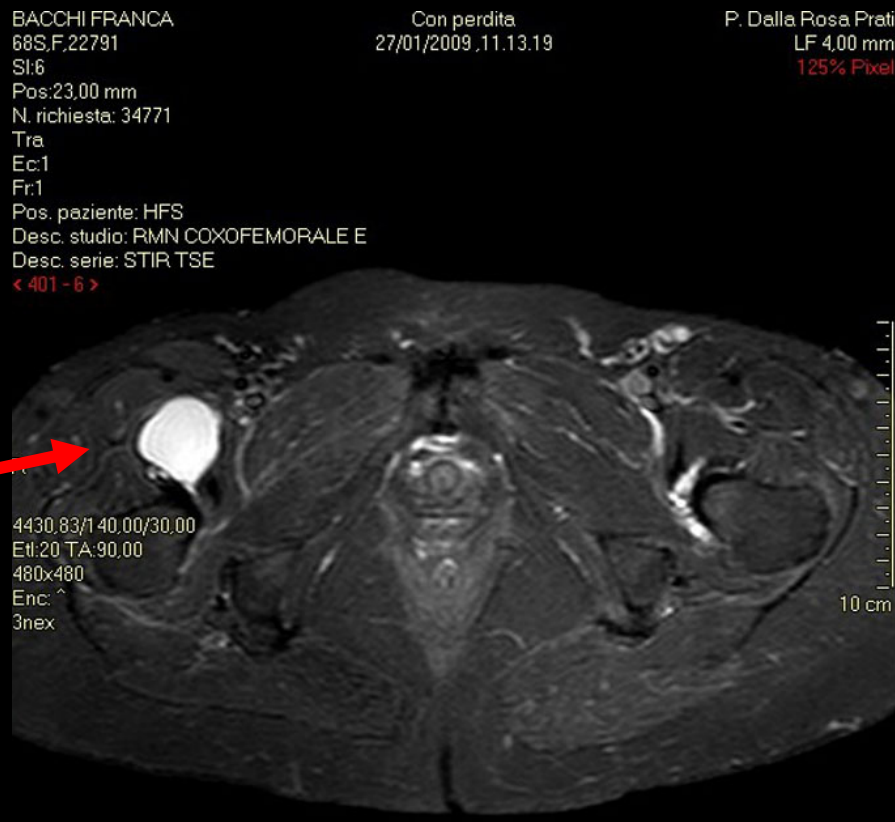
ECOGRAFIA



borsite

RMN


27/01/2009 ,11.21.14
s:47,30 mm
ichiesta: 34771
s. paziente: HFS
sc. studio: RMN COXOFEMORALE E
sc. serie: T2W_TSE


BACCHI FRANCA
68S,F,22791
SI:6
Pos:23,00 mm
N. richiesta: 34771
Tra
Ec:1
Fr:1
Pos. paziente: HFS
Desc. studio: RMN COXOFEMORALE E
Desc. serie: STIR TSE
< 401 - 6 >
Con perdita
27/01/2009 ,11.13.19
P. Dalla Rosa Prati
LF 4,00 mm
125% Pixel
4430,83/140,00/30,00
Etl:20 TA:90,00
480x480
Enc: ^
3nex
10 cm

borsite

TRATTAMENTO

- Riposo

- FANS per os e topici

- Terapia fisica
  - LASER
  - Ultra-Suoni mobili

- Aspirazione - infiltrativa
  - Corticosteroidi

OSTEITE PUBICA: PUBALGIE

La pubalgia o sindrome retto-adduttoria è una tendinopatia inserzionale a carico dei muscoli adduttori e/o dei retti addominali.

Si manifesta con dolore localizzato a livello inguinale con irradiazione alla regione adduttoria e a livello retto-pubico.

Nelle fasi avanzate si associa un artropatia della zona inserzionale pubica e della sinfisi stessa.

DIAGNOSI

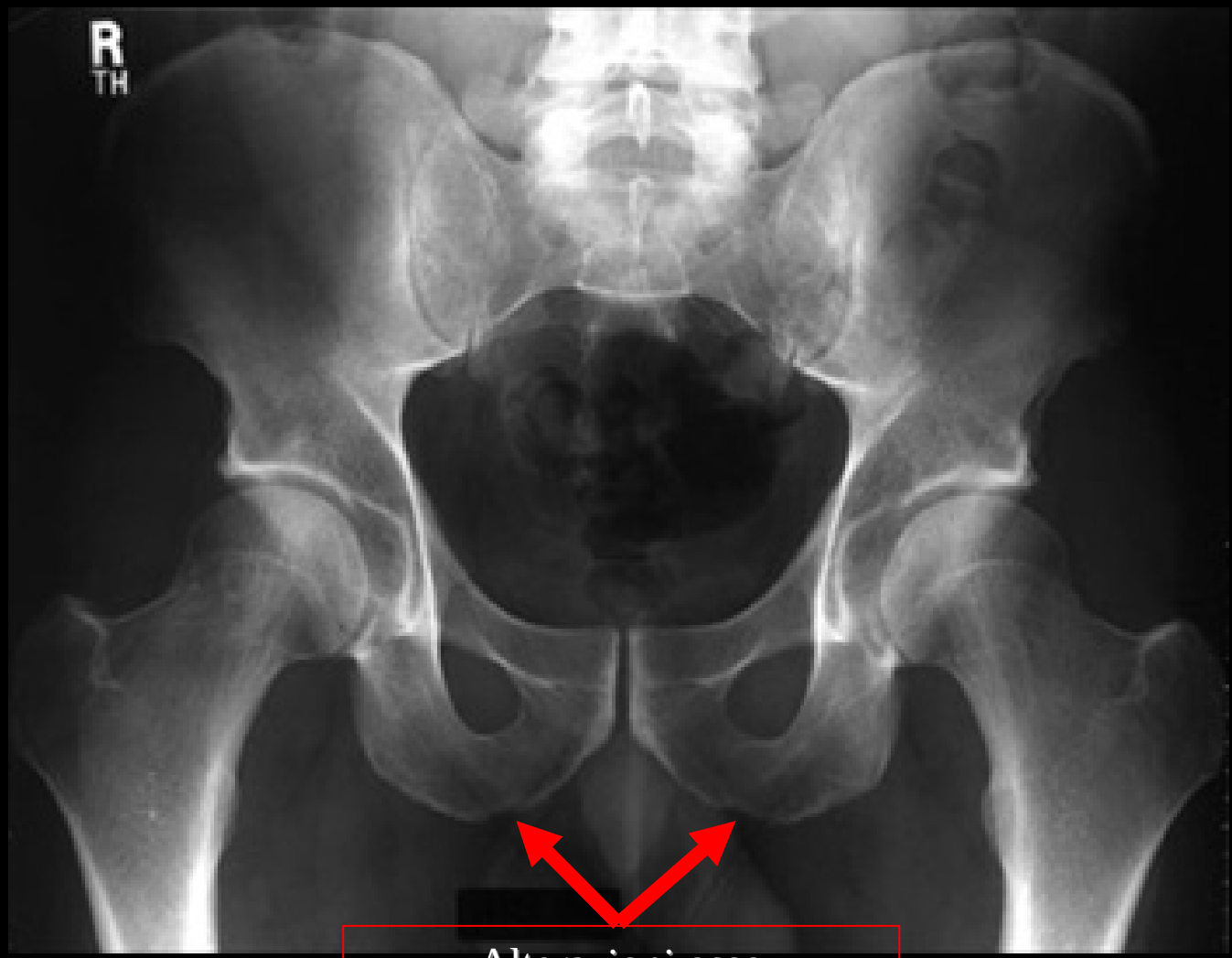
CILINICA: Esame Obiettivo ed Anamnesi

- dolore alla palpazione in corrispondenza dell’inserzione dei tendini a livello dell’inserzione pubica
- dolore all’adduzione dell’arto contro resistenza e tensione muscolare

STRUMENTALE:

- RX
- ECOGRAFIA
- RMN

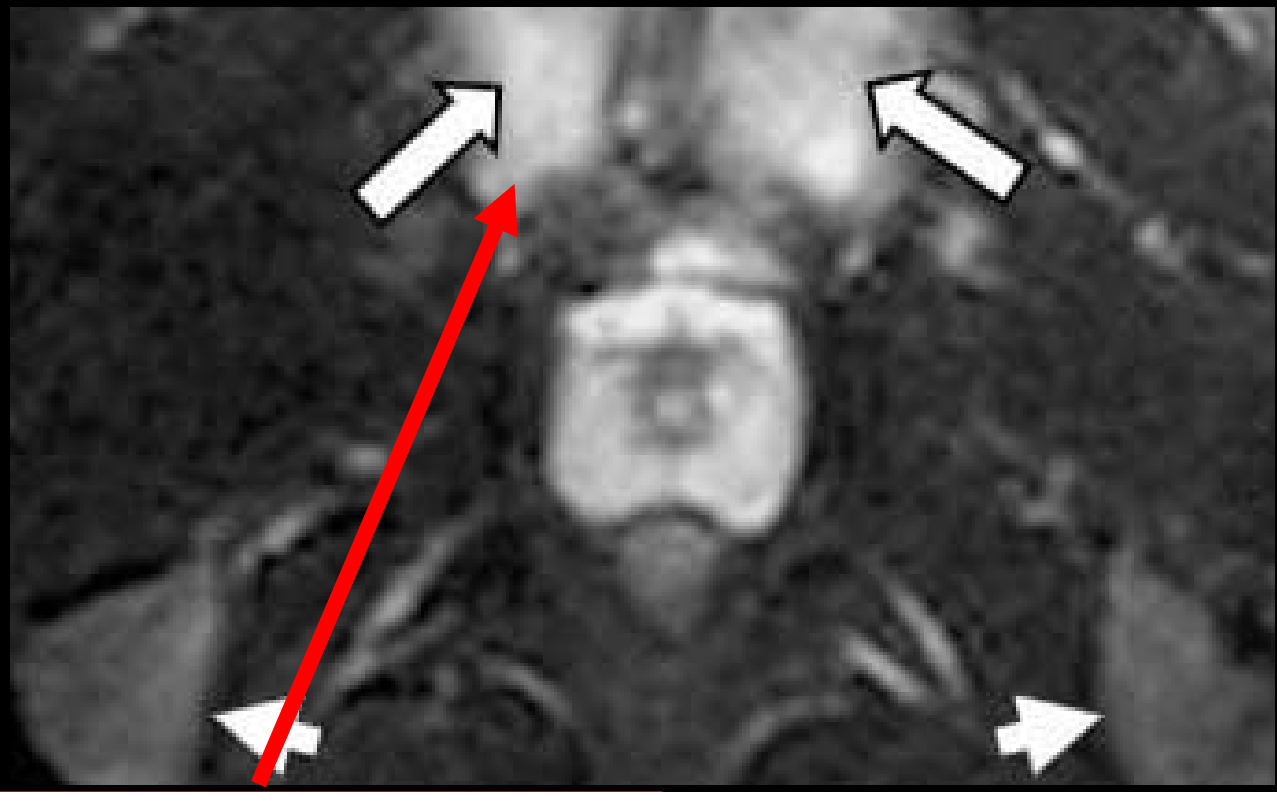
RX STANDARD



ECOGRAFIA

Lesione adduttore lungo

RMN



Edema osseo pubico

TRATTAMENTO

- Riposo

- FANS per os e topici

- Terapia fisica
  - Ipertermia
  - Onde d’urto

- Terapia infiltrativa
  - fattori di crescita autologhi (PRP)

GRAZIE