

Educazione Continua in Medicina “La pubalgia di origine capsulare coxo-femorale”

Conferenza ECM - Genova, 3 dicembre 2005 ; Bologna 10 dicembre 2005 - SOLÈRE R, VACCARO R, CASALI D.

La **pubalgia** viene genericamente definita come una sindrome dolorosa della regione inguino-pubica, causata da una **patologia da sovraccarico**. Colpisce prevalentemente gli sportivi e quasi esclusivamente atleti di sesso maschile [1]. La diagnosi differenziale è molto vasta, prima di poter parlare di patologia da sovraccarico muscolo-tendineo, devono essere preventivamente eliminate le patologie infettive o d'organo (stati febbrili, sintomatologia urinaria...). La pubalgia rappresenta un serio problema per lo sportivo, e molto spesso un problema per il terapeuta, poiché all'evidenza esistono differenti forme di pubalgia.

Esistono differenti forme di disfunzioni meccaniche che possono essere all'origine di una manifestazione di tipo pubalgico. In questo lavoro viene trattata una causa di pubalgia poco conosciuta : **la pubalgia di origine capsulare coxo-femorale...** Per questo genere di affezione gli esami radiologici non sono di grande rilevanza diagnostica, e l'esame clinico è poco evidente : il paziente non riferisce dolore all'anca, l'handicap motorio coxo-femorale non è evidente. L'approccio mediante l'osteopatia ha grande importanza : quest'affezione che non ha legami diretti con problemi ortopedici o reumatici, può causare uno squilibrio nelle differenti funzioni dell'anca (Flessione, Estensione, Adduzione-Abduzione, Rotazione interna- Rotazione esterna).

La Metodica Rééquilibration Fonctionnelle® permette di determinare, **mediante l'utilizzo di tre test** effettuati in modo dinamico, l'indicazione di una **normalizzazione specifica**, unitamente alla valutazione degli effetti meccanici sull'articolazione dell'anca. L'incontestabile guadagno in ampiezza della **circonduzione dell'anca**, successivo alle manovre di normalizzazione, si associa alla scomparsa delle sofferenze tipiche di questa forma di pubalgia [2].

Contrariamente alla capsulite retrattile della scapolo-omerale, oggetto di trattamenti codificati in fisioterapia, quella della coxo-femorale è ancora poco nota. In letteratura medica si parla poco della capsulite retrattile della coxo-femorale ; l'affezione è rara, e più spesso al livello dell'anca è possibile riscontrare **una semplice retrazione della capsula coxo-femorale**.

Quest'affezione benigna, poco invalidante, non viene quasi mai considerata a livello terapeutico, salvo in fasi avanzate quando il terapeuta si occupa della cura di una coxartrosi. Nel contesto specifico degli sportivi che sollecitano intensamente gli arti inferiori, la retrazione capsulare della coxo-femorale può perturbare la ripartizione delle costrizioni, modificare le linee di forza e diminuire l'efficienza dell'ammortizzatore iliaco. Questo fenomeno meccanico rappresenta una causa fisica di **sofferenza della sinfisi pubica** che, da questo momento in poi, potrà manifestarsi come pubalgia. In alcuni casi, la manifestazione stessa può includere nel meccanismo dello schema posturale in disfunzione, la **sofferenza del legamento assile** dell'articolazione sacro-iliaca.

Ricordiamo che la popolazione degli sportivi viene sottoposta a squilibri ingenti, con riguardo alle funzioni fisiologiche articolari delle coxo-femorali. Per esempio, durante gli allenamenti o le competizioni, la struttura articolare subisce con frequenza sollecitazioni muscolari molto intense, contemporaneamente all'effettuazione di numerosi gesti che reiterano uno stesso movimento. Questi sforzi ripetuti fanno sì che spesso vengano superate le soglie di tolleranza meccanica della struttura legamento-muscolo-scheletrica, e il disequilibrio della « trave composita » induce la **retrazione della capsula**.

La capsula coxo-femorale è un manicotto fibroso costituito da un grande numero di fibre di differenti forme e direzioni. Di forma cilindrica, è rinforzata da tre importanti fasci ligamentosi : il legamento ilio-femorale di Bertin, il legamento pubo-femorale, il legamento ischio-femorale. La retrazione di questi legamenti è evidenziata dal **deficit della circonduzione dell'anca**.

- **I test**
- **Interpretazione dei test**
- **Ragionamento conseguente ai test**
- **Obiettivi della manovra**
- **Tecnica della manovra**
- **Conclusione**
- **Orientamento per ricerche o tesi di laurea**

Nota : la dimostrazione realizzata durante la conferenza, in questo articolo è sostituita dalle fotografie.

I test

1- Test funzionale della coxo-femorale (detto « Faber »)

Test realizzato in decubito supino con l'anca in posizione di Flessione + abduzione + rotazione esterna (da cui la sigla anglofona F.ab.er). Questa combinazione dei tre movimenti può essere effettuata posizionando il tallone del piede sul ginocchio controlaterale. La tecnica utilizzata nel test di Patrick è esattamente la stessa, ma la sua interpretazione è differente, il dolore eventualmente evocato non riguarda l'articolazione sacro-iliaca. **Questo test mette in evidenza i tre limiti funzionali dell'articolazione coxo-femorale : muscolare, ligamentosa od ossea.** Quando una di queste barriere è dolorosa, il dolore provocato rivela il problema e permette di identificarlo differenziandone l'origine muscolare, ligamentosa od ossea. Questa differenziazione corrisponde a tre tipi di resistenze che il terapeuta può discernere posizionando una mano sull'EIAS controlaterale, e premendo con l'altra mano sul ginocchio dell'arto in abduzione. La resistenza muscolare è elastica (rimbalzo) ; la resistenza capsulo-ligamentosa è "al di là" dell'elasticità muscolare, ed è possibile guadagnare in ampiezza (fluage) ; la resistenza ossea si ripercuote sulla mano opposta in appoggio sull'EIAS (barriera), sollevandola (*Libro di laboratorio n°77 - SOLÈRE R.*). Sul piano prammatico l'affidabilità di questo test è incontestabile : una barriera ossea dolorosa corrisponde sul piano radiografico ad un problema ortopedico o reumatico; una barriera muscolare dolorosa sparisce o diminuisce dopo un trattamento muscolare ; una barriera capsulo-ligamentosa dolorosa sparisce o diminuisce dopo un trattamento adatto, in particolare con le manovre specifiche oggetto di questa esposizione. Il test in questione è riproducibile e risponde alle condizioni di intra e di inter-affidabilità. (*vedere foto 1*)

2- Test di circonduzione

Test realizzato in decubito supino effettuando una circonduzione passiva dell'anca. Esso mette in evidenza l'ampiezza funzionale della coxo-femorale. Praticato prima e dopo una serie di manovre, questo test permette di valutare l'efficienza di una normalizzazione sulle disfunzioni della coxo-femorale. (*Libro di laboratorio n°78 - SOLÈRE R.*) Sul piano prammatico l'affidabilità di questo test è incontestabile : la differenza di ampiezza apprezzata prima e dopo la normalizzazione, particolarmente con la manovra specifica descritta in quest'esposizione, è davvero significativa. Nessuno degli osservatori ha bisogno di un goniometro per essere in totale accordo con le osservazioni del terapeuta. (*vedere foto 2a e 2b.*)

3- Test dell'articolazione sacro-iliaca

Test realizzato in decubito supino effettuando differenti movimenti combinati al livello dell'anca. In questa posizione, le articolazioni sacro-iliache del soggetto non sono sottoposte alle forze ascendenti e discendenti a cui sono soggette quando l'uomo è in piedi. La tecnica utilizzata nel test di Downing è esattamente la stessa, ma la sua interpretazione è differente, poiché non significa che avvenga una rotazione iliaca. **Questo test mette in evidenza la funzionalità del legamento assile nel suo ruolo di apertura o di chiusura dell'articolazione sacro-iliaca,** verificando prima e dopo l'effettuazione del test il posizionamento dei talloni quando gli arti inferiori sono distesi sul lettino. (*libri di laboratorio n°66, 67 68 - SOLÈRE R., JOLLY A.*)

- prima valutazione con l'anca in posizione di **Flessione + adduzione + rotazione esterna**. Questa messa in tensione modifica la posizione di partenza, e, a manovra effettuata, l'arto inferiore esaminato viene a trovarsi più avanti rispetto al suo omologo. Questo « allungamento » mette in evidenza l'apertura della sacro-iliaca, e non una rotazione anteriore dell'iliaco. (*vedere foto 3a e 3b.*)

Nota : tra i due test deve essere effettuata una manovra di azzeramento delle tensioni. L'arto inferiore flesso a livello del ginocchio e dell'anca viene mantenuto premuto contro il torace, immobile per alcuni secondi. (*vedere foto 4.*)

- seconda valutazione in decubito supino con l'anca in posizione di leggera **Flessione + abduzione + rotazione interna**. Questa messa in tensione modifica la posizione di partenza, e, a manovra effettuata, l'arto inferiore esaminato viene a trovarsi più indietro rispetto al suo omologo. Questo « accorciamento » mette in evidenza la possibilità di chiusura della sacro-iliaca, e non una rotazione posteriore dell'iliaco. (*vedere foto 5a e 5b.*)

Interpretazione dei test

NORMA	FABER		
	Muscolare	Capsulare	Osseo
Doloroso			
Non doloroso	X	X	X

Esempio di una disfunzione capsulare:

DISFUNZIONE	FABER		
	Muscolare	Capsulare	Osseo
Doloroso		X	
Non doloroso	X		X

Esempio di una variante con lo stesso significato:

DISFUNZIONE	FABER		
	Muscolare	Capsulare	Osseo
doloroso	+	+++	+
non doloroso			

Esempio di una patologia articolare:

PATOLOGIA	FABER		
	Muscolare	Capsulare	Osseo
Dolorosi	+++	+++	+++
Non doloroso			

NORMA	Test sacro-iliaci – tecnica DOWNING	
arto testato	Allungamento (A)	Accorciamento (R)
valore numerico in cm.	≈ 2 cm	≈ 1,5 cm
risultante algebrica	A > R ≠ 0	

Esempio di una disfunzione della sacro-iliaca (bloccata in apertura):

DISFUNZIONE	Test sacro-iliaci – tecnica DOWNING	
sul arto testato	Allungamento (A)	Accorciamento (R)
valore numerico in cm.	≈ 2 cm	0 cm
risultante algebrica	A > R = 0	

Esempio di una disfunzione della sacro-iliaca (bloccata in chiusura):

DISFUNZIONE	Test sacro-iliaci – tecnica DOWNING	
sul arto testato	Allungamento (A)	Accorciamento (R)
valore numerico in cm.	0 cm	≈ 1,5 cm
risultante algebrica	R > A = 0	

Esempio di una patologia articolare:

PATOLOGIA	Test sacro-iliaci – tecnica DOWNING	
sul arto testato	Allungamento (A)	Accorciamento (R)
valore numerico in cm.	0 cm	0 cm
risultante algebrico	A = R = 0	

Ragionamento conseguente ai test

- 1- Se il test Faber è rivelatore di una disfunzione, il test di circonduzione sarà limitato.
- 2- È possibile valutare la limitazione della circonduzione effettuando bilateralmente il test. In altri casi, il guadagno di ampiezza dopo la normalizzazione mostra che il test di circonduzione effettuato precedentemente manifestava la limitazione.
- 3- Se il test Faber evidenzia uno stato patologico articolare, il test di circonduzione sarà limitato ed il test di Downing sarà controindicato.
- 4- Se la disfunzione Faber non è di tipo osseo, sarà possibile considerare l'effettuazione della normalizzazione, questa sarà da considerarsi effettiva se il test di circonduzione rivelerà il guadagno di ampiezza.
- 5- Se la disfunzione Faber esiste, sarà possibile considerare una disfunzione sovraggiunta a livello sacro-iliaco, e per certificare questo tipo di eventualità sarà necessario effettuare il test di Downing. Due possibilità giustificheranno l'una o l'altra delle possibilità di disfunzione : $A > R = 0$, o $R > A = 0$. Il ritorno alla norma $A > R \neq 0$ significherà la normalizzazione della sacro-iliaca.
- 6- Se il test Faber non rivelerà nessuna disfunzione, il test di circonduzione non sarà limitato e sarà necessario effettuare il test di Downing per mettere in evidenza un'eventuale disfunzione sacro-iliaca.
- 7- La patologia sacro-iliaca è contrassegnata dall'assenza totale di mobilità della sacro iliaca, in questo caso il test rivela $A = R = 0$.
 Nota : Mentre i segni radiologici di alterazioni delle articolazioni sacro-iliache non sono presenti all'inizio della malattia, il test che rivela $A = R = 0$ può essere significativo, soprattutto se l'antigene HLA-B27 è presente in questo paziente. D'altra parte, se il test $A = R = 0$ è bilaterale, e la patologia sacro-iliaca viene confermata dalle radiografie (velo articolare davanti alle articolazioni sacro-iliache), vi saranno dei sindesmofiti vertebrali. Da cui l'importanza del test, in via preventiva ad ogni investigazione vertebrale. Quando la patologia sacro-iliaca ($A = R = 0$) è unilaterale o bilaterale in un giovane adulto, è opportuno ricercare l'esistenza di un dolore lombare basso, cronico, sopraggiunto senza motivo apparente, che si manifesta la mattina al risveglio, ed è accompagnato da dolori diffusi e sordi a livello cervicale e dorsale (T4). Questo quadro clinico associato all'affezione delle sacro-iliache deve far subito pensare, in via prioritaria, ad una spondilartrite anchilosante. L'effettuazione di una diagnosi precoce è di grande importanza, perché, prima viene somministrato il trattamento adeguato, maggiori sono le probabilità di evitare invalidità e deformità.

Obiettivi della manovra

Si tratta di effettuare una manovra combinata in sei posizioni differenti e consecutive. Lo scopo di ciascuna di queste sei manipolazioni è di sollecitare la capsula coxo-femorale quando questa si trova sotto tensione. La normalizzazione deriva dall'sommazione degli impatti successivi sul sistema capsulo-legamentoso della coxo-femorale. Le differenti posizioni funzionali (Flessione, Estensione, Adduzione Abduzione, Rotazione interna Rotazione esterna) giustificano le sei manipolazioni. Questa manovra, combinata in sei manipolazioni, va effettuata senza forzature, in concatenazione. Questa concatenazione può essere reiterata da due a tre volte nella stessa seduta [3]. Il deficit fisiologico del movimento globale viene recuperato velocemente. Per ottenere questo risultato, ogni manipolazione deve essere conclusa da un thrust (gesto secco e breve, di alta velocità e di minima ampiezza) effettuato quando la tensione è al massimo. Il test di circonduzione prova in modo estremamente significativo il miglioramento funzionale. (*Libro di laboratorio n°79 - Modello terapeutico riferimento NA.50 - SOLÈRE R.*)

Nota : L'articolazione dell'anca non risulta particolarmente soggetta a disfunzioni di tipo osteopatico isolate. Nelle successioni meccaniche dell'arto inferiore, si consiglia semplicemente di utilizzare questa manovra, composta dall'insieme delle sei manipolazioni.

Tecnica della manovra

Lo svolgimento di questa manovra segue un protocollo di esecuzione in quattro tappe nelle quali il soggetto si trova in posizioni differenti, sul lettino terapeutico :

- A- posizione del soggetto « *decubito supino* » : manipolazioni A-1 ed A-2
- B- posizione del soggetto « *decubito laterale* » : manipolazioni B-3 e B-4
- C- posizione del soggetto « *decubito prono* » : manipolazione C-5 + manovra generale^[4].
- D- posizione del soggetto « *seduto* »: manipolazione D-6

In ciascuna di queste posizioni (A, B, C D) il terapeuta mette in tensione la capsula coxo-femorale, secondo 6 manipolazioni differenti e conseguenti (da 1 a 6).

Manipolazione A-1	<i>(vedere foto A-1.)</i>
soggetto in decubito supino	
l'anca ed il ginocchio sono piegati	
il terapeuta esercita con una mano un contrappoggio sulla SIAS controlaterale, egli trazona con l'altra mano verso l'alto il segmento per provocare 3 o 4 volte successive, una tensione di flessione	
la manipolazione si conclude con un « thrust » durante l'ultimo movimento della messa in tensione	
Manipolazione A-2	<i>(vedere foto A-2.)</i>
soggetto in decubito supino	
L'arto inferiore disteso viene sollevato finché l'anca sia leggermente flessa	
il terapeuta afferra la caviglia con una mano e sostiene il segmento di coscia con l'altra mano, focalizza nella coxo-femorale una spinta posteriore in rotazione interna del arto inferiore per provocare 3 o 4 volte successive, una tensione d' estensione	
la manipolazione si conclude con un « thrust » durante l'ultimo movimento della messa in tensione	
Manipolazione B-3	<i>(vedere foto B-3.)</i>
soggetto in decubito laterale (omolaterale)	
L'arto inferiore disteso viene sollevato affinché l'anca sia in adduzione	
il terapeuta mette una mano nella piega inguinale e prende a culla la coscia con l'altra mano, per provocare 3 o 4 volte successive, una tensione di adduzione	
la manipolazione viene conclusa da un « thrust » durante l'ultimo movimento della messa in tensione	
Manipolazione B-4	<i>(vedere foto B-4.)</i>
soggetto in decubito laterale (controlaterale)	
L'arto inferiore disteso viene sollevato affinché l'anca sia in adduzione	
il terapeuta posiziona una mano sul grande trocantere e prende a culla la coscia con l'altra mano, per provocare 3 o 4 volte successive, una tensione di abduzione	
la manipolazione si conclude con un « thrust » durante l'ultimo movimento della messa in tensione	
Manipolazione C-5	<i>(vedere foto C-5.)</i>
soggetto è in decubito prono	
L'arto inferiore è flesso al ginocchio e sollevato affinché l'anca sia in estensione	
il terapeuta posiziona una mano sul grande trocantere e prende a culla la coscia con l'altra mano per provocare 3 o 4 volte successive, una tensione di rotazione interna	
la manipolazione si conclude con un « thrust » effettuato durante l'ultimo movimento della messa in tensione	
Manipolazione D-6	<i>(vedere foto D-6.)</i>
soggetto seduto , le braccia disposte del lato opposto all'anca trattata, mani in appoggio sul lettino	
il tallone appoggia sul ginocchio controlaterale affinché l'anca sia in rotazione esterna	
il terapeuta posiziona una mano nella cavo inguinale e spinge con l'altra mano sul ginocchio, per provocare 3 o 4 volte successive, una tensione di rotazione esterna	
la manipolazione si conclude con un « thrust » effettuato durante l'ultimo movimento della messa in tensione	

Il test di circonduzione successivamente effettuato permette di valutare il guadagno d'articolarietà passiva e di decidere l'opportunità della reiterazione della manovra.

La pubalgia di origine capsulare coxo-femorale : TEST E NORMALIZZAZIONE (manovra, combinata in sei manipolazioni)



foto 1 test Faber



foto 2a test Circonduzione (limitato)



foto 3a Downning :test allungamento (A)



foto 3b (prima valutazione : A)



foto 4 (azzeramento delle tensioni)



foto 5a Downning :test accorciamento (R)



foto 5b (seconda valutazione : R)



foto A1 (Manipolazione 1)



foto A2 (Manipolazione 2)



foto B3 (Manipolazione 3)



foto B4 (Manipolazione 4)



foto C5 (Manipolazione 5)



foto C5 (Variante A2, B3, B4, C5, D6)



foto D6 (Manipolazione 6)



foto 2b Circonduzione (guadagno di ampiezza)

Nei casi in cui il terapeuta incontri delle difficoltà ad effettuare questa successione di manipolazioni (soggetto voluminoso o arto troppo pesante), si consiglia di aggiungere al protocollo descritto, un'altra manipolazione. Essa è facilmente applicabile da ogni terapeuta con il soggetto in decubito prono. In questa posizione, il terapeuta può mettere in tensione in modi differenti la capsula, posizionando il proprio gomito sul grande trocantere, il suo braccio anteriore e la sua mano sulla faccia posteriore della coscia del soggetto. Mobilizzando con l'altra mano il segmento flessa al ginocchio, egli potrà ricreare molteplici effetti che si accumuleranno agli impatti precedentemente effettuati sulla capsula. (*vedere foto C-5.variante : manovra generale*)

Conclusioni

Un studio svolto dal fisioterapista della Federazione Francese di Atletica mostra che un Riequilibrio funzionale con normalizzazioni articolari della coxo-femorale agisce sul « conflitto d'anca ». Applicando questo modello terapeutico non farmacologico su 10 atleti di sesso maschile, sofferenti di pubalgia, sono stati osservati con rapidità risultati convincenti. E' questa la causa principale delle pubalgie? Certamente no. Il recupero rapido differenzia questa forma di pubalgia dagli altri tipi di pubalgie. Riteniamo che la manovra utilizzata che combina molteplici impatti alla capsula messa sotto tensione, liberi con rapidità il fenomeno di retrazione capsulare che era la sola eziologia di questo tipo di pubalgia.

Orientamento per ricerche o per tesi di laurea :

Sapendo che gli atleti di sesso femminile non sono colpiti da pubalgie, e constatando che la circonduzione d'anca della donna è fisiologicamente ben maggiore di quella dell'uomo, sarebbe interessante l'effettuazione di uno studio su « *l'incidenza di un deficit di circonduzione della coxo-femorale tra le componenti della pubalgia, e valutazione della prevalenza della retrazione coxo-femorale in questa affezione* ».

[1] La descrizione di questa patologia viene fatta per la prima volta nel 1932 dall'italiano Spinelli, che pubblica un articolo su una nuova malattia sportiva: la pubalgia dello schermatore. Secondo l'autore, l'origine di questa sindrome proviene dalle sollecitazioni del piede posteriore in abduzione e rotazione esterna. Da allora, numerosi autori si sono interessati a questa patologia, tipica dello sportivo e, dalla letteratura in materia si rileva un certo consenso nel parlare di una patologia la cui l'espressione consiste in via principale nel dolore inguino-pubico che colpisce lo sportivo che pratica con intensità in un contesto anatomico particolare.

[2] Un studio effettuato dal fisioterapista della Federazione Francese di Atletica mostra che una Rééquilibration funzionale con normalizzazioni articolari della coxo-femorale agisce sul « conflitto d'Anca ». Applicando questo modello terapeutico non farmacologico su 10 atleti maschili che soffrivano di pubalgia, è stato possibile osservare risultati rapidi e convincenti : 8 atleti su 10 atleti hanno certificato la scomparsa del problema in una sola seduta.

[3] Il modello terapeutico non farmacologico da noi utilizzato per questa forma di pubalgia è indicato anche nel protocollo di trattamento delle perturbazioni circolatorie endo-pelviche che, in assenza di lesioni organiche, mostrano incontinenze urinarie, amenorree o dismenorrees funzionali. (*Libro di laboratorio n°148 - Modello terapeutico riferimento NV.9 - SOLÈRE R.*)

[4] Quando le manipolazioni sembrano difficili a realizzare (soggetto troppo corpulento rispetto al terapeuta), si consiglia di aggiungere al protocollo in questione, un'altra manipolazione. Questa è facilmente realizzabile da ogni terapeuta, con il soggetto in decubito ventrale. Essa è di tipo generico ed aumenta l'effetto degli impatti precedentemente effettuati.