

CONFLITTO FEMORO-ACETABOLARE

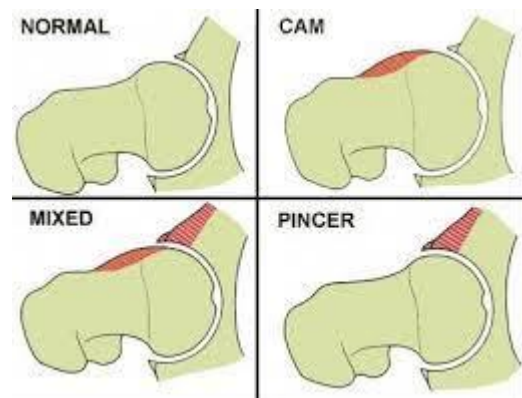
- CHE COS'È
- VALUTAZIONE
- STRATEGIE TERAPEUTICHE
 - ESERCIZIO TERAPEUTICO
 - TERAPIA MANUALE
- VOCE AL PROFESSIONISTA



CHE COS'È

Con il termine “conflitto femoro-acetabolare” o “impingement femoro-acetabolare” (FAI) si intende una condizione di dolore e di disfunzione all'anca e/o alla zona inguinale dovuta ad un conflitto nel contatto articolare tra la testa ed il collo del femore con l'acetabolo (la parte del bacino con cui il femore trae contatto)⁽¹⁾.

Le **cause** sono sostanzialmente un'alterazione morfologica di una delle due componenti dell'articolazione dell'anca: se è presente un'irregolare prominenzza ossea nella zona della testa/collo del femore si parla di **cam impingement**, mentre se è alterata la rima acetabolare il conflitto prende il nome di **pincer impingement**.



I **fattori di rischio** sono tanti e includono l'età (più predisposti soggetti tra i 25 e i 50 anni), l'attività svolta (sport ad alto impatto che possano causare usura articolare), la presenza di patologie congenite dell'anca ed eventuali fratture del collo femorale⁽²⁾.

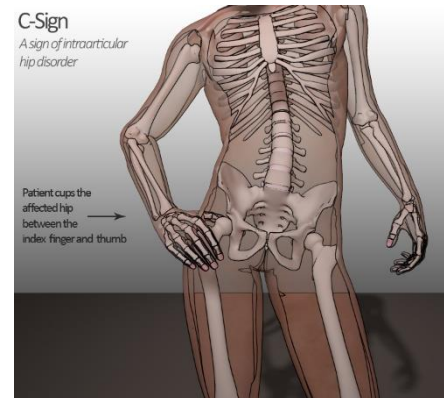
1. TIJSEN M, VAN CINGEL REH, STAAL JB. Physical therapy aimed at self-management versus usual care physical therapy after hip arthroscopy for femoroacetabular impingement: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016.
2. ZHANG C, LI L, FORSTER BB, KOPEC JA. Femoroacetabular impingement and osteoarthritis of the hip. *Canadian Family Physician* 2015.

VALUTAZIONE

Spesso i pazienti sintomatici affetti da FAI subiscono ritardo nella diagnosi, a causa di valutazioni e trattamenti inefficaci o dannosi, per tanto diventa fondamentale conoscere la storia clinica del paziente ed effettuare un buon esame clinico.

Nell'intervista al paziente affetto da FAI, egli spesso riferisce un esordio insidioso e crescente, localizza il dolore in sede anterolaterale all'anca, che può irradiare all'inguine e al ginocchio, profondo (che identifica col "segno della C"), che peggiora con l'attività o con la postura seduta prolungata, mentre migliora con il riposo⁽³⁾.

Il fisioterapista, dunque, valuterà la mobilità passiva ed attiva dell'anca, ed effettuerà i test resistiti dei muscoli coinvolti. Per quanto riguarda i **test** per la diagnosi differenziale, purtroppo sappiamo che i test per il FAI non possono essere specifici: possono identificare dunque anche una lesione del labbro acetabolare, e il loro carico formativo risulta maggiore in caso di negatività (nel caso in cui al test non venga evocato dolore, allora si può escludere la presenza di Fai/lesione labrale). Tra i vari test si annovera il Log Roll Test e il Scour Test:



- **Log Roll Test:** paziente supino, il terapeuta appoggia le proprie mani sulla coscia e sulla gamba del paziente mobilizzando l'intero arto in massima rotazione esterna; il test è positivo se compare dolore in sede coxo-femorale.
- **Scour Test:** paziente supino, il terapeuta flette anca e ginocchio del paziente ed esercita una pressione lungo l'asse del femore, dopodiché effettua un movimento circolare in intra/extrarotazione; il test è positivo se compare il dolore tipico del paziente⁽⁴⁾.

3. PUN S, KUMAR D, LANE NE. Femoroacetabular impingement. Arthritis Rheumatol 2015.

4. REIMAN MP, GOODE AP, COOK CE. Diagnostic accuracy of clinical tests for the diagnosis of hip femoroacetabular impingement/labral tear: a systematic review with meta-analysis. Br J Sports Med 2015.

STRATEGIE TERAPEUTICHE

La gestione del conflitto femoro-acetabolare è soprattutto chirurgica, in quanto il trattamento conservativo presenta deboli evidenze di efficacia in letteratura.

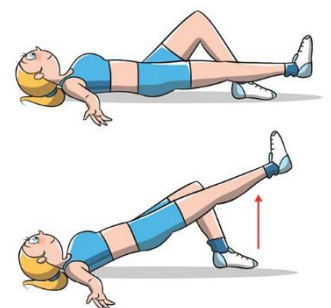
Il trattamento conservativo riguarda soprattutto l'educazione al paziente a modificare attività e gesti atletici provocativi, ad evitare movimenti estremi di flessione ed intrarotazione dell'anca e la posizione seduta protratta, e ad assumere una terapia medica a base di antinfiammatori non steroidei per contenere il dolore. Il paziente dovrà, dunque evitare la posizione seduta con le gambe a W, la corsa su treadmill e la bicicletta: quando non possibile, il paziente dovrà pedalare ad anche extraruotate e sellino alto.

ESERCIZIO TERAPEUTICO

L'esercizio terapeutico si basa sulla modifica dei pattern motori al fine di evitare la comparsa di dolori e sul controllo dei movimenti dell'anca su tutti i piani di movimento. Il terapista dunque deve insegnare al paziente ad eseguire esercizi che vadano a rinforzare gli abduttori e i rotatori esterni d'anca, con particolare attenzione ai glutei e al pavimento pelvico.

Tre esercizi specifici:

- **Squat modificato:** in stazione eretta, anche extraruotate ed abdotte; il paziente esegue una discesa del corpo mantenendo il bacino in antiversione e le ginocchia verso l'esterno, a seguire la punta dei piedi; scende fino a far sì che il suo femore sia parallelo al suolo.
- **Clam in plank laterale con elastico:** in decubito laterale, gomito piegato a 90° sotto la spalla, ginocchio a terra piegato, elastico attorno alle ginocchia; il paziente si solleva dal suolo facendo perno su gomito e ginocchio ed allontana tra loro le ginocchia mettendo in tensione l'elastico, coi piedi che rimangono a contatto.
- **Ponte con elastico:** supino, una gamba piegata e l'altra estesa ed un elastico attorno alle ginocchia; il paziente solleva il bacino tenendosi in appoggio col dorso e con un solo piede, tenendo in tensione l'elastico⁽⁵⁾.



TERAPIA MANUALE

Per quanto riguarda la terapia manuale, a questi soggetti vengono proposte tecniche di mobilizzazione passiva tra cui manovre di glide atte a diminuire la forza d'impatto articolare ai ROM estremi responsabili del conflitto. Tutto ciò seguito da automobilizzazioni

ed esercizi attivi per mantenere la mobilità e migliorare la stabilità coxofemorale. Tra le manovre manuali troviamo:

- **Glide caudale:** paziente supino, il terapista sostiene l'arto appoggiandolo sulla propria spalla e con entrambe le mani afferra la regione inguinale; il terapista esegue un movimento di traslazione in direzione caudale.
- **Glide postero-laterale:** paziente supino, gamba da trattare flessa e leggermente addotta; il terapista posiziona le mani sopra al ginocchio ed esegue una spinta in direzione posteriore e laterale lungo l'asse del femore.
- **Glide postero-anteriore:** paziente prono, arto flessa, abdotto ed extraruotato; il terapista con una mano sostiene il ginocchio mentre con l'altra, posta in prossimità dell'anca, esegue una spinta in direzione ventrale e leggermente laterale⁽⁶⁾.

5. EMARA K, SAMIR W, MOTASEM EL H. Conservative treatment for mild femoroacetabular impingement. J Orthop Surg 2011.
6. KAPLAN KM, SHAH MR, YOUM T. Femoroacetabular impingement. Diagnosis and treatment. Bull NYU Hosp Jt Dis 2010.

VOCE AL PROFESSIONISTA

Quando un fisioterapista si trova di fronte un paziente con un dolore all'anca sa che non sarà semplice individuarne la causa né tantomeno trovare la strategia corretta di trattamento: per questo è indispensabile sia un lavoro in équipe con un fisiatra od ortopedico, sia un atteggiamento di apertura e di umiltà nel riconoscere la difficoltà del caso clinico. Una volta ricevuta la diagnosi di FAI, la strada non è per forza in discesa; il conflitto femoro-acetabolare è, infatti, una patologia che richiede una gestione notevole dal punto di vista fisioterapico, in cui gli obiettivi e i risultati non si ottengono nell'immediato. Pertanto, è corretto pensare che il fisioterapista professionale e rispettoso nei confronti del paziente sia colui che valuta, che studia e che si mette in gioco al fine di garantire al paziente il miglior trattamento possibile.

Dott.ssa Elisa Perlo