

ESAME CLINICO E PALPAZIONE GINOCCHIO

Esaminare la deambulazione: il ginocchio è completamente esteso solo nel momento dell'appoggio calcaneare, in tutte le altre fasi del passo rimane flessso.

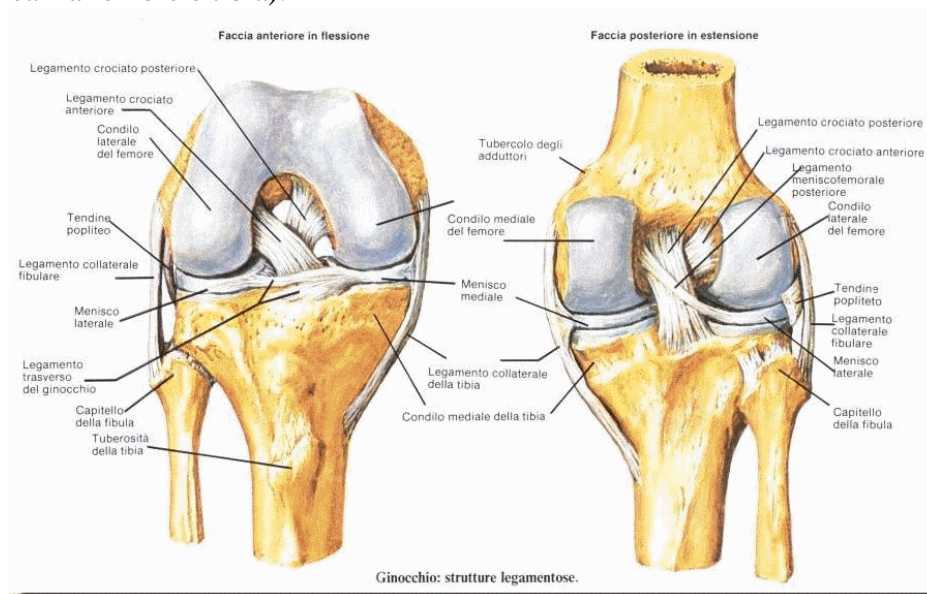
Esaminare eventuali tumefazioni localizzate o estese. Se la tumefazione è generalizzata fa scomparire parzialmente o totalmente i normali contorni del ginocchio, inoltre esso rimane flessso per adattarsi al versamento, perché il suo volume aumenta in leggera flessione.

Osservare la asimmetria dei contorni del quadricipite sopra il ginocchio (soprattutto il vasto mediale) per evidenziare segni di ipotrofia. Esaminare il paziente in piedi frontalmente per evidenziare l'asimmetria delle rotule, il valgismo o varismo (deformità) e lateralmente per evidenziare l'estensione (una leggera iperestensione è normale).

POSIZIONE DI RIFERIMENTO La palpazione ossea si effettua in **posizione seduta sul lettino**, bloccando l'arto con le proprie gambe, o supino con ginocchia flesse a 90°.

A ginocchio flessso si evidenziano i contorni e tendini e legamenti sono rilasciati in flessione, non essendo sottoposto a carico.

Entrambe le mani sopra il ginocchio con i pollici nelle fossette ai lati del tendine rotuleo (sotto di esse interlinea fra femore e tibia).



FACCIA MEDIALE

Il pollice va a cercare il bordo superiore del piatto tibiale mediale e lo segue posteriormente (il piatto tibiale serve come punto di attacco del menisco attraverso il legamento coronale non palpabile). Sposto il pollice verso l'alto per palpare il condilo mediale del femore. Dal condilo verso il basso, la superficie mediale è l'**epicondilo mediale**. Si possono palpare osteofiti se in presenza di artrosi. Dalla parte anteriore dell'epicondilo mediale spostandosi posteriormente si incontra il **tubercolo degli adduttori**.

Per palpare il **menisco mediale** si individua lo spazio interarticolare e si fa ruotare la tibia internamente, dolore alla palpazione se rotto.

Legamento collaterale mediale (si palpa la regione, il legamento non è di per sé palpabile): localizzare l'interlinea articolare mediale dal tendine rotuleo e spostandosi posteriormente si incontra il legamento che fa parte della capsula articolare, palpare il suo decorso cercando punti dolenti (dal piatto tibiale, con inserzione anche sul menisco, si inserisce sull'epicondilo mediale). Se rotto nella sua parte centrale compare dolore a livello dell'interlinea.



Scendo lungo il tendine rotuleo a cercare il **tubercolo tibiale**, mi sposto medialmente a cercare il contorno del piatto tibiale, sotto il quale si inserisce la **ZAMPA D'OCA** (sartorio, semitendinoso e gracile).

Sotto di essa la **BORSA** della Z.O. Mano a coppa intorno alla parte mediale del ginocchio per sentire la tensione dei tendini, chiedendo flessione contro resistenza. Il semitendinoso è il tendine più posteriore e inferiore, leggermente più anteriore il gracile (si evidenzia chiedendo

intrarotazione della gamba), sotto di essi il semimembranoso che rimane muscolare fino alla sua inserzione, tra i due tendini in profondità. Lo spesso corpo muscolare sopra il gracile è il sartorio, più difficile da palpare perché non ha un grosso tendine come gli altri.

FACCIA LATERALE

Partendo dal pollice nella fossetta laterale, sento il bordo superiore del piatto tibiale laterale. In alto si palpa il condilo laterale. **Epicondilo laterale**. In basso la **testa del perone**.

Doccia trocleare dalle fossette rotule con i pollici che si spostano lungo il profilo dei condili.

Il **menisco laterale** si palpa con il ginocchio in flessione, anche se con difficoltà. Se il menisco è rotto e si spinge con forza la emirima laterale si provoca dolore. Il menisco è attaccato al muscolo popliteo e non al legamento collaterale esterno.

Il **legamento collaterale esterno** va dall'epicondilo laterale alla testa del perone. Per palparlo meglio, ginocchio flesso e tibio-tarsica appoggiata sull'altro ginocchio, con anca abdotta e extraruotata.

Tendine del bicipite femorale, verso la sua inserzione sulla testa del perone.

Tratto ileotibiale, più anteriore sulla faccia laterale del ginocchio, si palpa come una spessa banda di fascia, più facilmente quando è esteso, o quando viene flesso contro resistenza, sopra il polo superiore della rotula.

Nervo peroneo comune o sciatico popliteo esterno si palpa con delicatezza a livello del collo del perone sotto l'inserzione del bicipite femorale.

CIRTOMETRIA COSCIA 8-10 cm sopra la rotula (valutazione trofismo)

BORSE SIEROSE Borsa sottorotulea superficiale davanti al tendine sottorotuleo, borsa sottorotulea profonda e borsa prerotulea sopra la faccia anteriore della rotula, borsa della zampa d'oca.

Riflesso rotuleo o patellare L2 L3 L4

TEST CLINICI

PROVE PER LA STABILITA' ARTICOLARE

- Legamento collaterale mediale, paziente preferibilmente supino, caviglia bloccata contro il torace, spinta della mano contro la testa del perone sollecitando il valgismo. Stessa cosa con spinta in varismo per esaminare il leg. Coll. esterno.

- Legamenti crociati, paziente supino con le ginocchia flesse a 90° e piedi appoggiati sul lettino. Mettersi a capo del lettino, seduti sui piedi. Afferrare il ginocchio e con i pollici sulle emirime interna ed esterna, tirare la tibia in avanti. Segno del **cassetto anteriore**, il crociato anteriore può essere leso. Spingere la tibia posteriormente, segno del **cassetto posteriore**.

Test di Mc Murray per lesioni del menisco mediale (parte posteriore)

Test della compressione di Apley per le lesioni meniscali

Test della distrazione di Apley per le lesioni dei legamenti collaterali

Test dello sfregamento femoro rotuleo

Test del ballottamento rotuleo per grossi versamenti e piccoli versamenti