

Il cingolo pelvico è composto di tre articolazioni: 1) l'articolazione dell'anca (articolazione femoro-acetabolare), 2) le articolazioni sacroiliache e 3) la sinfisi pubica, le quali tutte lavorano all'unisono per dare motilità e stabilità al corpo. La configurazione dell'anca, costituita da una sfera e da una coppa, è strutturata in modo particolare a compiere questa funzione. In tutte le condizioni essenziali, le sacroiliache e la sinfisi pubica sono articolazioni praticamente immobili e quando esse sono colpite da alterazioni patologiche raramente limitano la funzione o causano dolore. D'altra parte, essendo l'anca un'articolazione mobile, alterazioni patologiche che la colpiscono divengono immediatamente visibili durante la marcia causando dolore e limitazione del movimento.

ISPEZIONE

Quando il paziente entra nella sala d'esame si deve porre particolare attenzione alla sua deambulazione, come è stato discusso nel precedente capitolo infatti molte alterazioni dell'anca si manifestano chiaramente durante la deambulazione.

Per avere un completo esame dell'articolazione dell'anca e delle aree ad essa correlate, è preferibile che il paziente si spogli completamente. Tuttavia, se questo causa al paziente disagio o difficoltà, egli può mantenere la biancheria personale. Mentre il paziente si spoglia badate se egli compie qualche particolare manovra che sembri dolorosa o inefficace. Molto spesso un movimento efficace viene sacrificato per un altro meno efficace, ma indolente. Inoltre ricercate nell'area pelvica e in quella dell'anca abrasioni, discromie, macchie cutanee, bolle, tramiti fistolosi aperti e, particolarmente, tumefazioni anormali, escrescenze o stigmate cutanee.

Quindi osservate la postura del paziente cercando di vedere se le due spine iliache anteriori superiori sono sullo stesso piano orizzontale. Se non lo sono ci può essere una obliquità pelvica (inclinazione pelvica) secondaria ad una disegualianza di lunghezza degli arti.

Quando è osservata di lato la porzione lombare del rachide normalmente presenta una lieve lordosi (curvatura anteriore del rachide) ma non deve essere né eccessivamente lordotica, né appiattita. Una assenza della normale lordosi può significare una contrattura dei muscoli paravertebrali. Se invece il rachide presenta una eccessiva lordosi i muscoli anteriori addominali possono essere ipovalidi; infatti essi intervengono nell'impedire una eccessiva lordosi del rachide. Un aumento della lordosi lombare può essere anche causata da una flessione non correggibile delle anche. In questo caso la lordosi serve a compensare la flessione delle anche.

Mentre osservate la faccia posteriore dell'anca, notate che i bordi inferiori delle natiche sono segnati dalle pieghe glutee. (che sono poste lateralmente e inferiormente alla linea mediana della coscia). Le dimensioni e la profondità delle pieghe aumentano in seguito al movimento di estensione e diminuiscono in seguito alla flessione.

Nei bambini, pieghe cutanee sono poste simmetricamente intorno all'inguine e lungo la coscia. Pieghe asimmetriche possono essere dovute a lussazione congenita dell'anca, atrofia muscolare, obliquità pelvica o a disegualianza di lunghezza degli arti.

Osservate le due fossette ben visibili poste al di sopra delle spine iliache posteriori direttamente sopra le natiche. Esse devono giacere sul medesimo piano orizzontale. Se non lo sono, vi è una obliquità pelvica.

PALPAZIONE OSSEA

Il paziente può stare in piedi o disteso a seconda di come è più comodo. Se possibile, una parte dell'esame deve essere condotta con il paziente in piedi poiché alterazioni patologiche, mascherate dalla mancanza di carico, possono diventare evidenti sotto l'influenza del peso corporeo.

Faccia anteriore

Il vostro primo contatto deve essere delicato ma fermo. Durante la palpazione mi-

surate la temperatura cutanea e prendete nota di ogni dolorabilità suscitata. È preferibile palpare da entrambi i lati nello stesso tempo per facilitare il paragone fra i due lati.

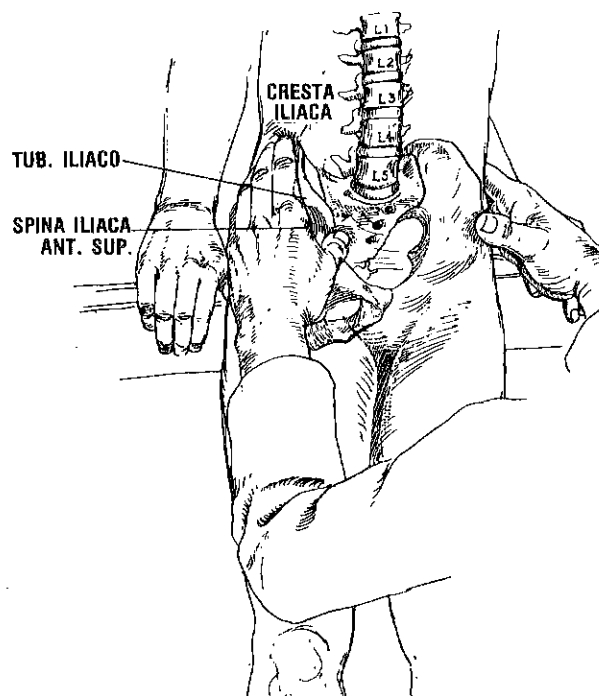


Fig. 1 - Posizione delle mani per la palpazione della cresta iliaca.

Spina iliaca anterior superiore. Mettetevi davanti al paziente con le mani intorno al tronco e con i pollici sulle spine iliache anteriori superiori e con le dita sulla porzione anteriore delle creste iliache (Fig. 1).

Nei pazienti magri queste prominenze ossee sono sottocutanee, ma negli individui

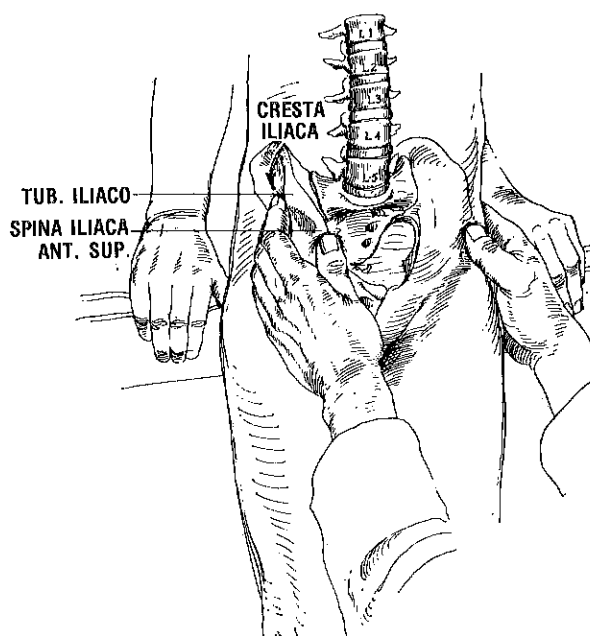


Fig. 2 - Il tubercolo iliaco corrisponde al punto più largo sulle creste iliache.

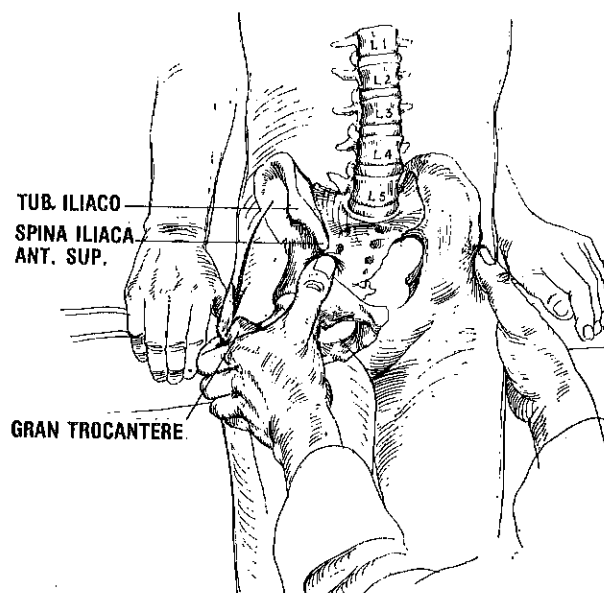


Fig. 3 - Il gran trocantere (visto dal davanti).

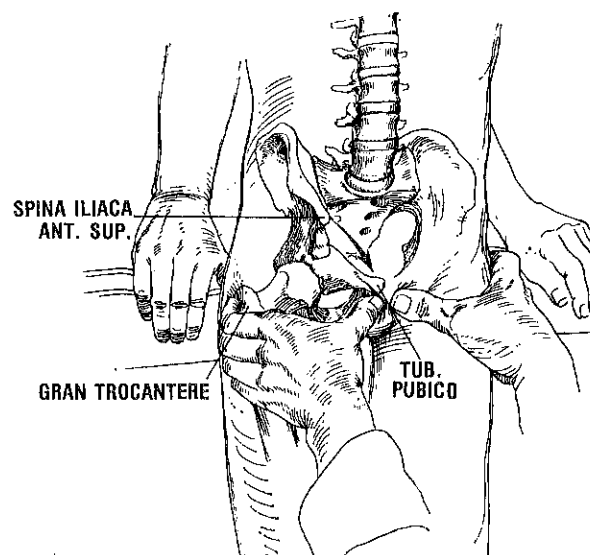


Fig. 4 - I tubercoli pubici.

obesi sono coperte da tessuto adiposo e possono a volte essere difficili da trovare.

Cresta iliaca. La cresta iliaca è sottocutanea e serve da punto di origine e da sede di inserzione di numerosi muscoli. Nessuno di questi muscoli però passa al di sopra di questa cresta ossea lineare che rimane palpabile per tutta la sua lunghezza. Normalmente ciascuna cresta iliaca è allo stesso livello della controlaterale. Quando non lo è, ciò di solito avviene a causa di una obliquità pelvica (Fig. 5).

Tubercolo iliaco. Mettete il pollice sopra le spine iliache anteriori superiori e spostate il dito posteriormente lungo il bordo laterale delle creste, a circa otto cm. dall'apice della cresta voi potrete palpare il tubercolo iliaco che segna sulle creste il punto più largo del cingolo pelvico (Fig. 2).

Gran trocantere. Con i pollici ancora sopra le spine iliache anteriori superiori, spostate le vostre dita in basso dai tubercoli iliaci verso i gran trocanteri femorali (Fig. 3).

Il bordo posteriore del gran trocantere è relativamente scoperto e così è facilmente palpabile. La porzione anteriore e laterale sono invece coperte dal muscolo tensore della fascia lata e dal gluteo medio e sono meno accessibili alla palpazione. Normalmente i

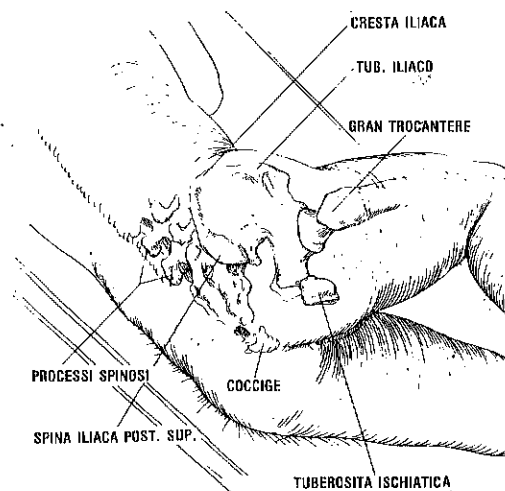


Fig. 6 - Anatomia ossea dell'anca e del bacino (faccia posteriore).

gran trocanteri sono allo stesso livello. Una lussazione congenita dell'anca o una frattura dell'anca che sia guarita in cattiva posizione, sono due condizioni patologiche che possono causare un dislivello fra i due gran trocanteri.

Tubercoli pubici. Con le dita ancorate sui gran trocanteri, spostate i pollici lungo la piega inguinale verso il basso fino a sentire i tubercoli pubici (Fig. 4). Sebbene essi siano nascosti dai peli pubici e dal pannicolo di grasso pubico (monte del pube), i tubercoli pubici sono palpabili come protuberanze ossee ben avvertibili. Notate come esse siano allo stesso livello, come gli apici dei gran trocanteri.

Faccia posteriore

Per questa parte dell'esame il paziente deve giacere su di un lato con l'anca flessa (Fig. 6).

Spine iliache posteriori superiori. Esse sono facilmente localizzabili perché giacciono immediatamente al di sotto della fossetta ben visibile che sta subito al di sopra delle natiche. Con il paziente che giace su di un fianco, fissate con il pollice la spina iliaca anterior superiore e palpate lungo la parte posteriore della cresta iliaca verso il tubercolo iliaco (Fig. 7). L'intero bordo del-

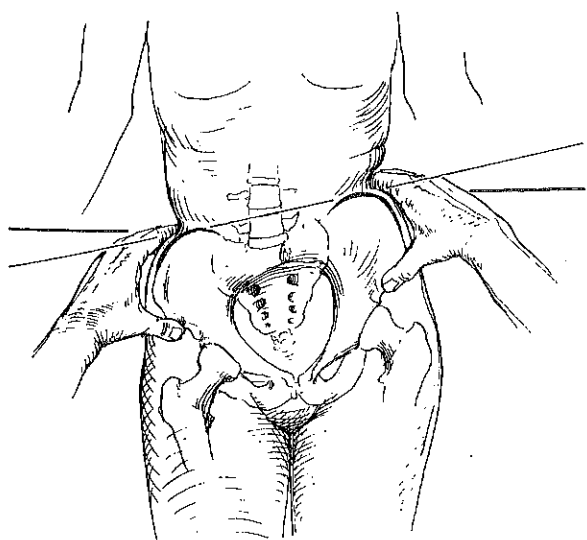


Fig. 5 - L'obliquità pelvica.

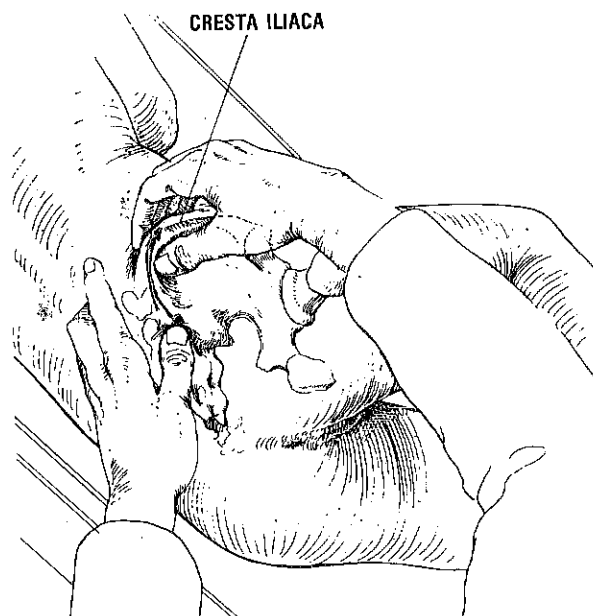


Fig. 7 - La cresta ed il tubercolo iliaco.

la cresta iliaca è sottocutaneo dalle spine iliache anteriori alle posteriori.

Gran trocantere. Mantenendo il pollice sulle spine iliache posteriori superiori, spostate le dita in basso; voi potrete di nuovo

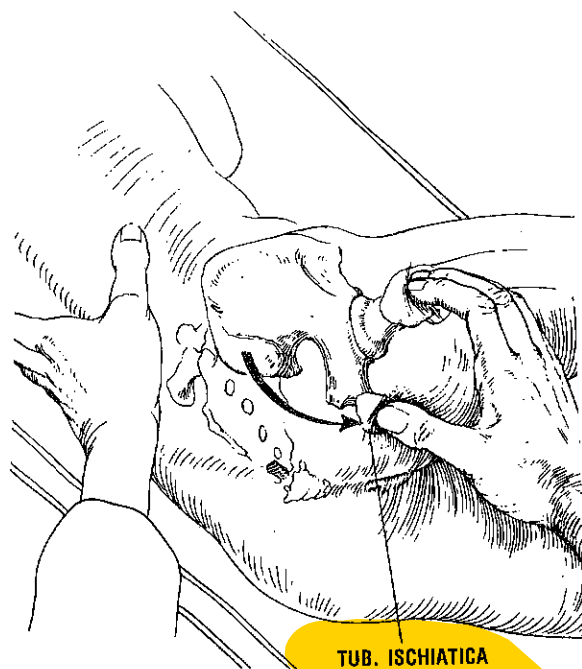


Fig. 9 - La tuberosità ischiatica.

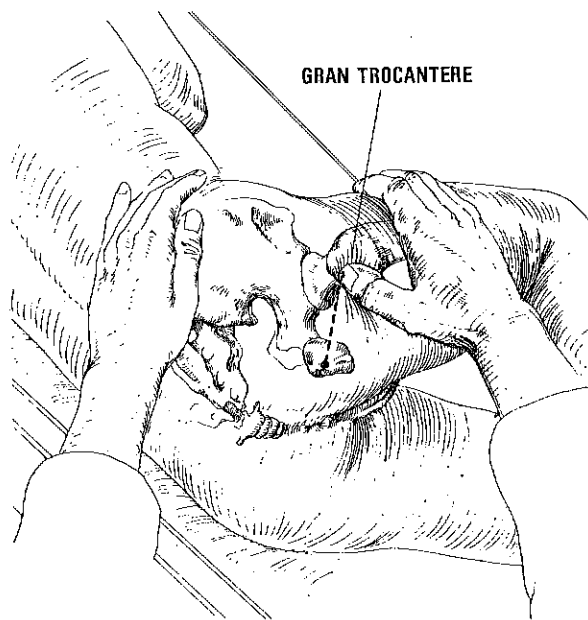


Fig. 8 - Il gran trocantere (visto dal di dietro).

palpare la faccia posteriore del gran trocantere (Fig. 8).

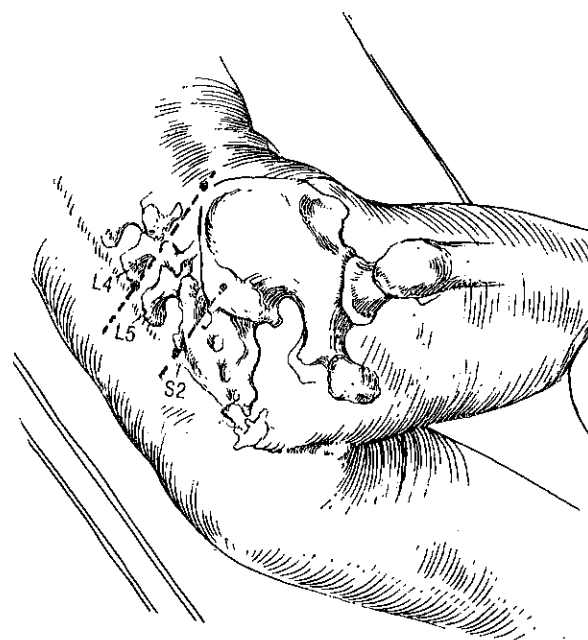


Fig. 10 - L'articolazione sacro-iliaca. Una linea immaginaria tracciata tra le spine iliache postero-superiori incrocia la S2 ed il centro dell'articolazione sacroiliaca. Una linea immaginaria che unisce i punti più alti delle creste iliache incrocia la colonna vertebrale fra la L4 e la L5.

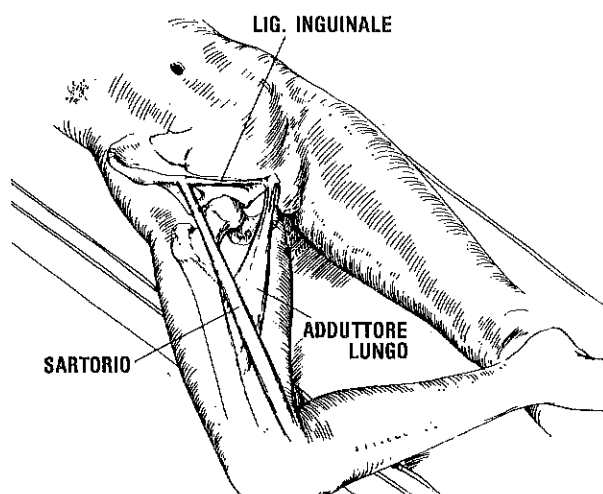


Fig. 12 - Il triangolo femorale.

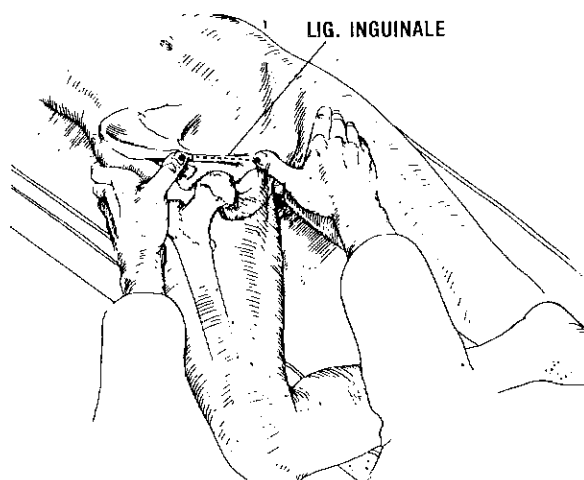


Fig. 13 - Il ligamento inguinale.

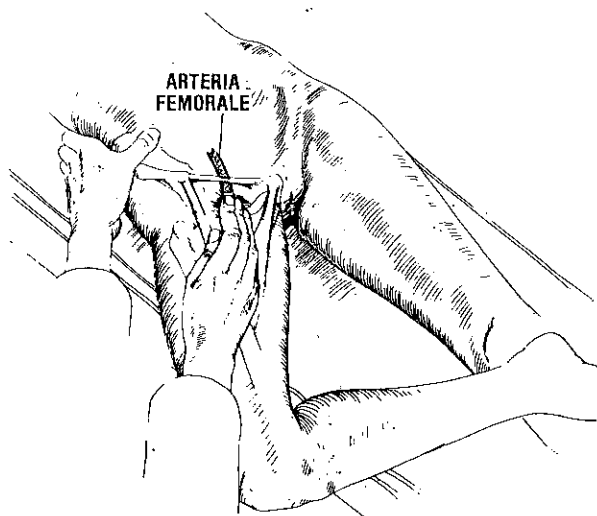


Fig. 14 - Palpazione del polso dell'a. femorale.

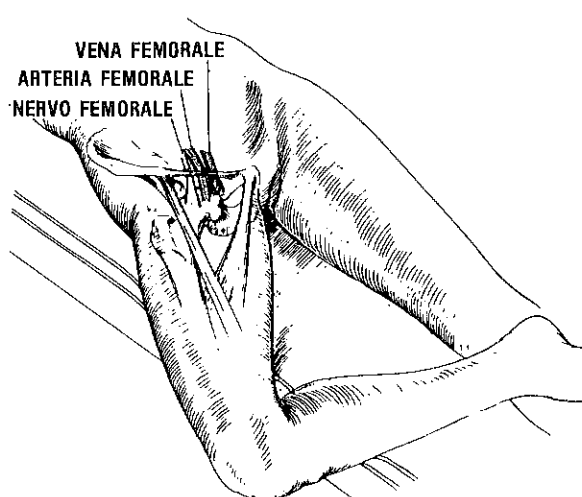


Fig. 15 - Normalmente la vena ed il nervo femorale non sono palpabili.

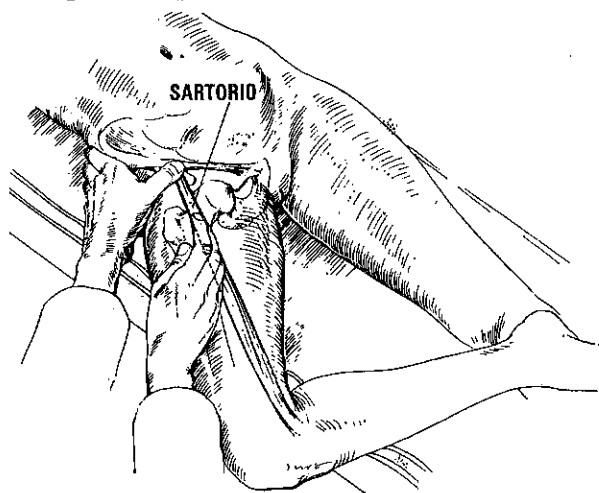


Fig. 16 - Palpazione del muscolo sartorio.

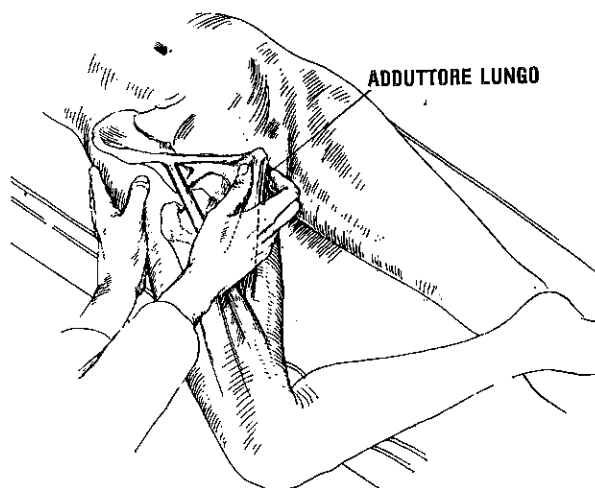


Fig. 17 - Palpazione del muscolo adduttore lungo.

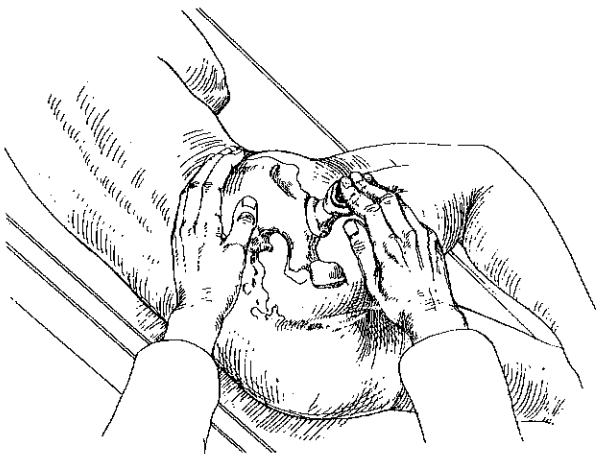
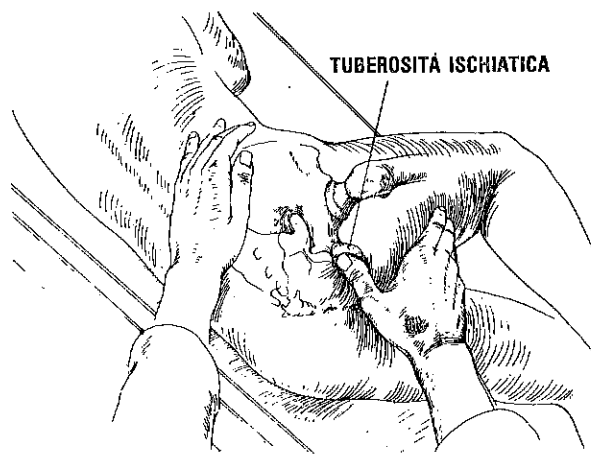


Fig. 19 - La borsa trocanterica: un dolore trocanterico può essere confuso con un dolore sciatico.



Figg. 20-21-22 - Palpazione del nervo sciatico: il nervo sciatico è situato a metà strada tra la tuberosità ischiatica ed il gran trocantere.

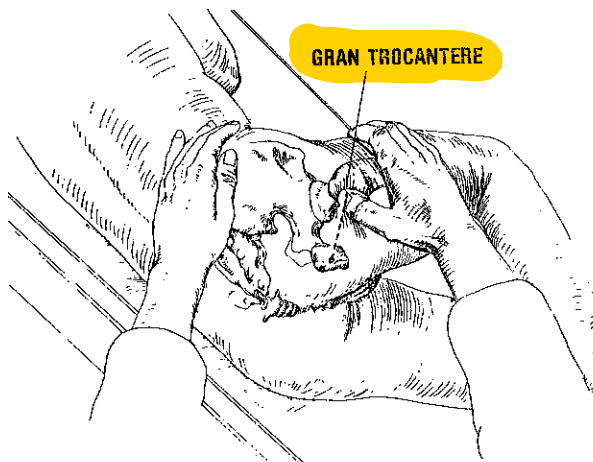


Fig. 21

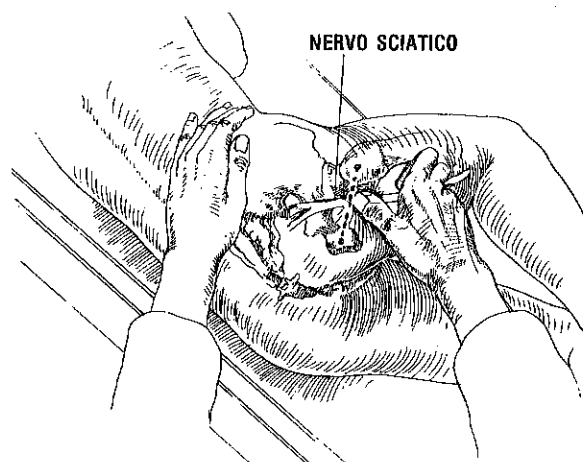


Fig. 22

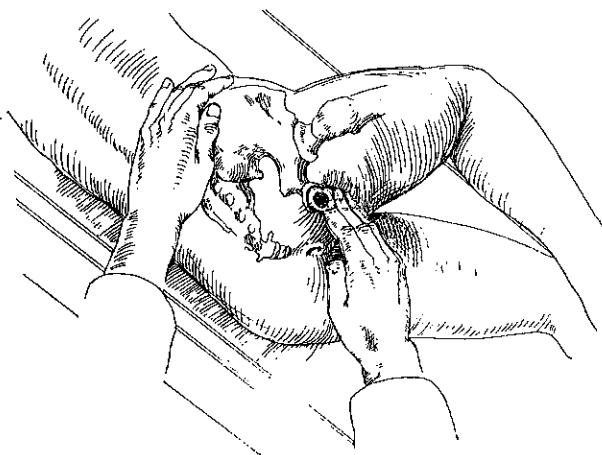
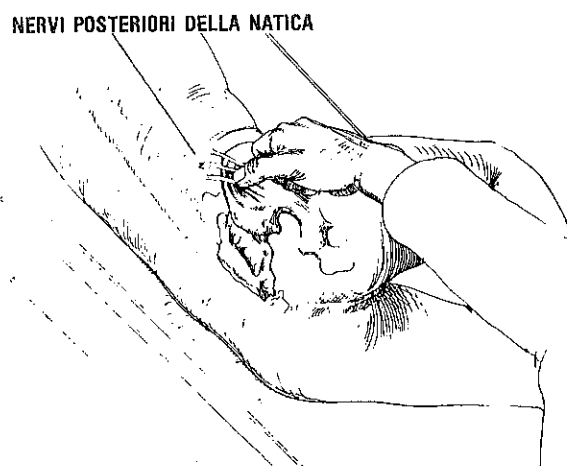


Fig. 23 - Una borsite ischiatica è facilmente confusa con un dolore sciatico se non si identificano con precisione le varie formazioni ossee e la precisa area del dolore.



NERVI POSTERIORI DELLA NATICA

Fig. 24 - Palpazione dei nervi posteriori della natica nel punto in cui incrociano la cresta iliaca.