

ESAMI SPECIALI

Segno di Trendelenburg. Questa prova serve a valutare la validità del muscolo medio gluteo. Ponetevi dietro il paziente ed osservate le fossette poste al di sopra delle spine iliache posteriori superiori. Normalmente quando il paziente si appoggia su entrambi gli arti queste fossette appaiono allo stesso livello. Quindi chiedete al paziente di appoggiare su di un solo arto. Se egli sta diritto, il muscolo medio gluteo dal lato portante deve contrarsi non appena l'arto si solleva da terra per mantenere sollevato il bacino dal lato non portante. Questa azione di mantener sollevato il bacino dal lato non portante, significa che il muscolo medio gluteo dal lato portante funziona correttamente (segno di Trendelenburg negativo) (Fig. 56).

Al contrario, se il bacino dal lato non portante rimane nella sua posizione o si abbassa, il muscolo medio gluteo dal lato portante è debole o non funziona (segno di Trendelenburg positivo) (Fig. 56). Durante la deambulazione, il muscolo medio gluteo agisce come una corda tesa, che impedisce al bacino di abbassarsi dal lato non portante e provoca così una instabilità. Se

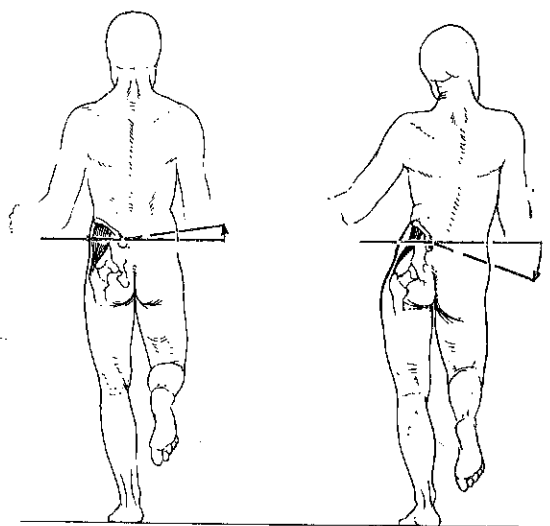


Fig. 56 - La prova di Trendelenburg. Sn.: negativa; Ds.: positiva.

il muscolo medio gluteo è debole il paziente può mostrare la caratteristica zoppia da Trendelenburg o da insufficienza del medio gluteo per controbilanciare lo squilibrio causato dall'abbassamento dell'anca (vedi capitolo sulla deambulazione pag. 163).

Vi sono molte condizioni che indeboliscono il muscolo medio gluteo. Così ogni alterazione morbosa che ha sede in vicinanza della sua origine, come una coxa vara, frattura del gran trocantere o una epifisiolisi, può provocare una insufficienza del muscolo. Un'altra condizione è la lussazione congenita dell'anca, che non solo provoca un avvicinamento delle inserzioni del muscolo, ma anche altera completamente il normale fulcro intorno a cui esso agisce. Inoltre alterazioni neurologiche come la poliomielite, il mielomeningocele o lesioni delle radici nervose, possono causare una denervazione del muscolo medio gluteo.

Esami per la differenza di lunghezza degli arti. Se, durante l'esame, alla ispezione voi sospettate che uno degli arti del paziente possa essere più corto dell'altro, i seguenti metodi vi aiuteranno a determinare se questa differenza di lunghezza è vera o apparente.

Differenza di lunghezza degli arti vera. Per determinare la vera lunghezza di un arto, per prima cosa ponete gli arti del paziente in posizione simmetrica e paragonabile e misurate la distanza fra le spine iliache anteriori superiori ed i malleoli mediali delle tibio-tarsiche (da un punto fisso osseo ad un altro) (Fig. 57).

Iniziate la misurazione partendo dalla lieve concavità che è subito sotto la spina iliaca anterior superiore, perché il metro può scivolare se appoggiate con forza direttamente sulla spina. Una differenza di lunghezza tra questi due punti fissi, dimostra che una estremità inferiore è più corta dell'altra (Fig. 58).

Per determinare immediatamente dove si verifica questa differenza di lunghezza (se a livello della tibia o del femore), fate stendere il paziente supino con le ginocchia flesse a 90° ed i piedi appoggiati a piatto sulla tavola. Se un ginocchio appare più alto del controlaterale, la tibia di questo arto è più

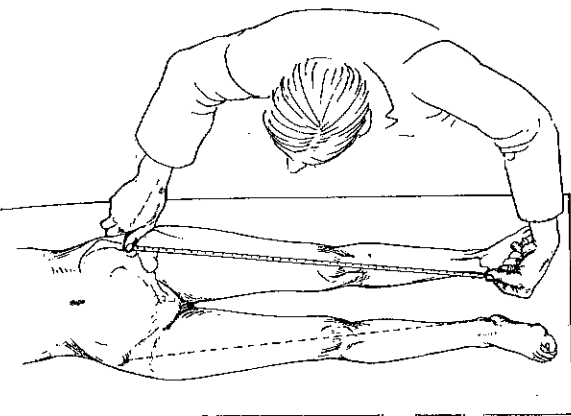


Fig. 57 - Misurazione da un punto osseo fisso ad un altro punto osseo fisso per avere la vera lunghezza di un arto.

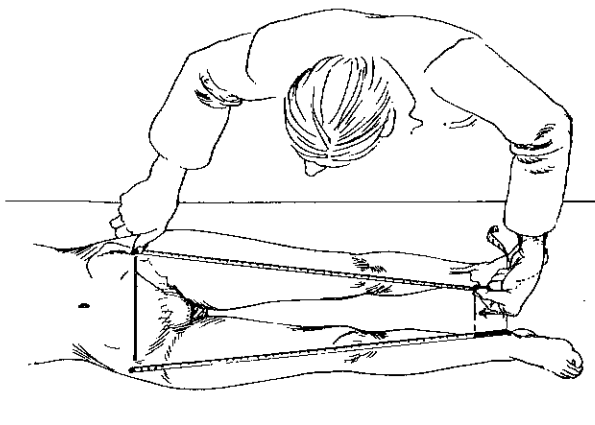


Fig. 58 - Differenza di lunghezza reale fra i due arti.

lunga (Fig. 59). Se un ginocchio si proietta più avanti del controlaterale, il femore di questo arto è più lungo (Fig. 59B).

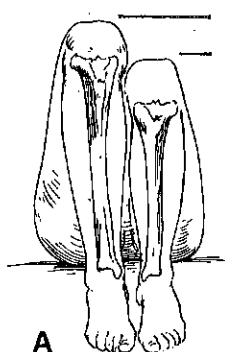
Un accorciamento vero può essere causato dalla poliomielite o da una frattura che interessi la cartilagine di accrescimento epifisaria durante l'infanzia.

Differenza di lunghezza apparente degli arti. Stabilito che non esiste una vera differenza di lunghezza degli arti, si può passare alla ricerca di una differenza di lunghezza apparente degli arti in cui non vi è una vera ineguaglianza di lunghezza delle ossa. Un accorciamento apparente può originare da una obliquità del bacino o da una deformità in flessione o adduzione dell'anca. Durante l'ispezione una obliquità del bacino si manifesta con un mancato allineamento delle spine iliache superiori anteriori o

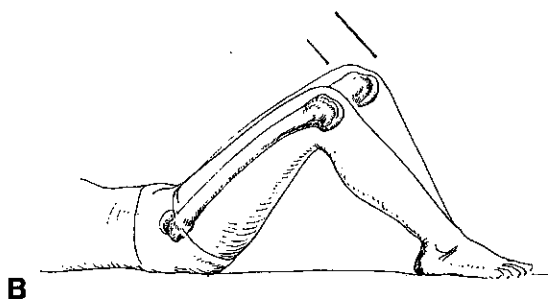
posteriori, quando il paziente si mette in piedi.

Mettete il paziente supino con gli arti in posizione neutra per quanto possibile; prendete le misure partendo dall'ombelico (o dalla giunzione xifo-sternale) e arrivando ai malleoli mediali della tibio-tarsica (da un punto non fisso a punti fissi ossei (Fig. 60). Una differenza di misura significa una differenza di lunghezza apparente (Fig. 61), in particolare se le misure della lunghezza vera sono uguali (Fig. 62).

Test di Ober per la retrazione del tratto ileotibiale. Mettete il paziente sdraiato sul fianco con l'arto interessato in alto. Abducete per quanto possibile l'arto e flettete il ginocchio a 90° mantenendo l'anca in posizione neutra (di rotazione) per rilasciare il tratto ileotibiale (Fig. 63). Quindi lascia-



A



B

Fig. 59 - A: differenza di lunghezza nelle tibie, B: differenza di lunghezza nei femori.

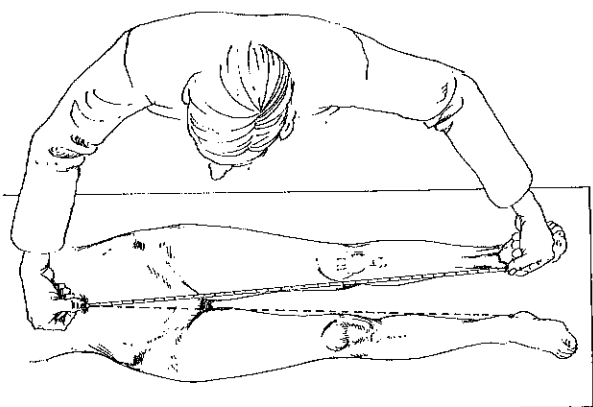


Fig. 60 - Misurazione da un punto non fisso ad un punto fisso per determinare una apparente differenza di lunghezza degli arti.

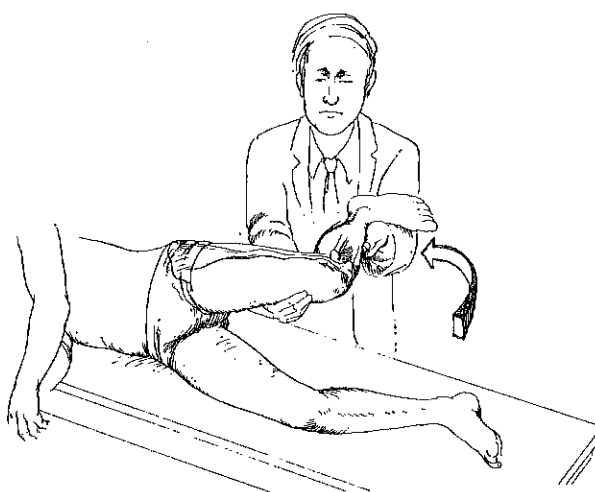


Fig. 63 - La prova di Ober: prova per la retrazione del fascia lata.

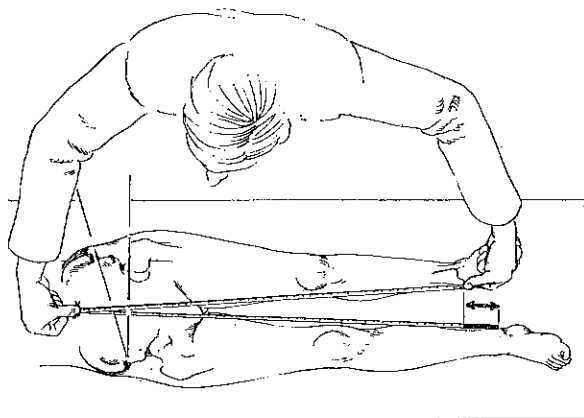


Fig. 61 - Una differenza di lunghezza apparente degli arti associata ad una obliquità pelvica.

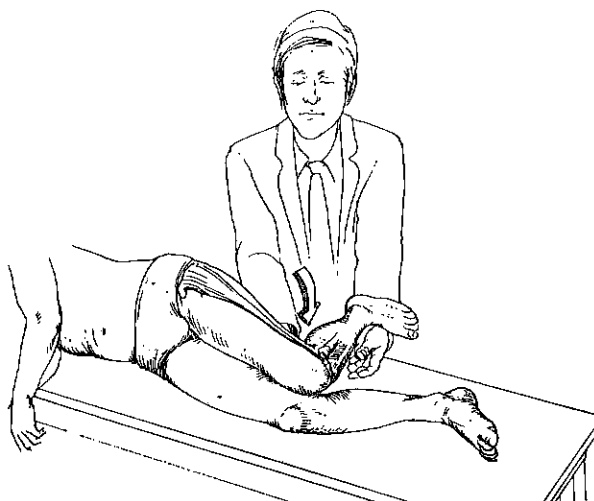


Fig. 64 - Prova di Ober negativa.

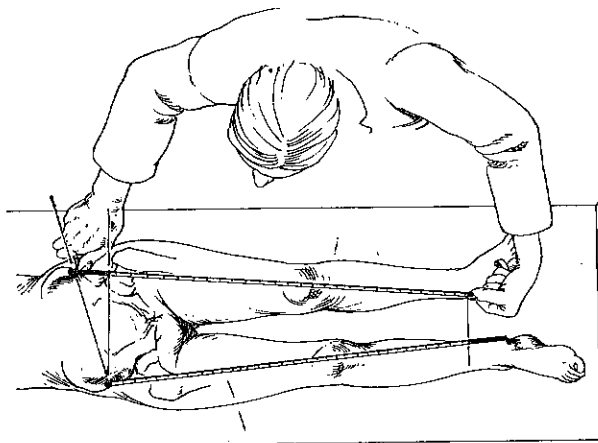


Fig. 62 - La lunghezza reale dei due arti è uguale nonostante una differenza nella lunghezza apparente.

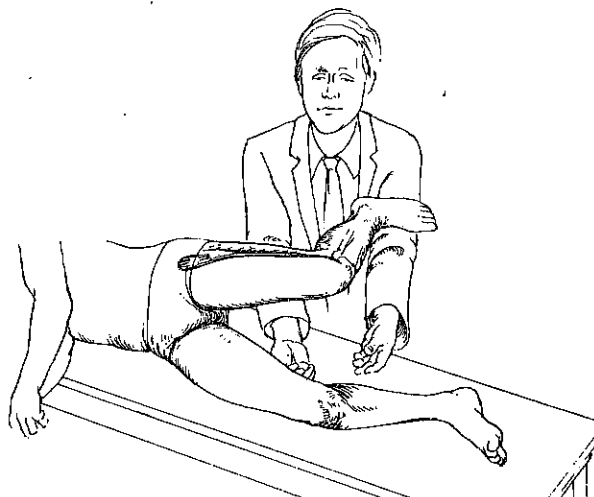


Fig. 65 - Prova di Ober positiva.