

Coxalgia – patologia dell'anca?

Documentazione del corso
Update Reumatologia 2017



Diagnosi differenziale del dolore nella regione dell'anca

Articolare

- Coxartrosi (degenerativa) (p. 4)
- Conflitto femoro-acetabolare (p. 5)
- Coxite (p. 7)
 - *Non infettiva (artropatia da deposito di cristalli, patologia reumatica infiammatoria)*
 - *Infettiva (stafilococco, gonococco, Borrelia, virus)*
- Dolore dopo una protesi totale dell'anca (p. 9)
- Patologie ossee (p. 11)
 - *Fratture (frattura incuneata del collo del femore, frattura osteoporotica dopo trauma inadeguato)*
 - *Fratture da affaticamento e insufficienza (incl. acetabolo)*
 - *Necrosi della testa del femore (glucocorticoidi, consumo di alcool, malattia da decompressione)*
 - *Trauma all'articolazione coxofemorale (lesione del labbro, osteocondrite dissecante)*
 - *Algodistrofia (sindrome di Sudeck, Complex Regional Pain Syndrome I = CRPS I)*
 - *Tumore osseo (metastasi, osteoma osteoide, ecc.)*
 - *Osteoporosi transitoria (spesso durante la gravidanza)*
 - *M. Paget*
 - *Osteomielite*
 - *Osteomalacia*
 - *Nei bambini: M. Perthes, epifisiolisi*

Cave: La coxalgia articolare si manifesta per lo più a livello inguinale.

Periarticolare (p. 13)

- Dolore di origine miofasciale (trigger point, ecc.)
- Tendinopatie inserzionali (rottture parziali e complete, specialmente il muscolo medio gluteo)
→ Borsite trocanterica: dolore al di sopra del grande trocantere
- Secondario con coxartrosi, sindrome lombospondilogeno, anomalie di postura (obliquità del bacino), sollecitazioni errate e fibromialgia (piuttosto centrale, funzionale)
- Borsite (trocanterica, ileopettinea, ischioglutea)
- Sindrome del piriforme
- Depositi di cristalli in strutture periarticolari (idrossiapatite)
- Anca a scatto

Regione coxo-lombo-pelvica (p. 14)

- Pubalgia (nei calciatori)
- Articolazione sacroiliaca (sindrome degenerativa dell'articolazione sacroiliaca, sacroileite, spondiloartrite)
- Fratture da stress (sacro, osso pubico, ecc.)
- Polimialgia reumatica
- Ernia (femorale soprattutto nelle donne, inguinale)
- Cause viscerali:
 - *Affezione aortica (infiammazione / aneurisma)*
 - *Affezione pancreatica*
 - *Origine ginecologica (endometriosi, disturbi mestruali)*
 - *Origine urologica (nefrolitiasi, prostata, vescica)*
 - *Origine intestinale*

Dolori nella regione dell'anca di origine vertebrale: spondilogeni (referred pain) – neurogeni (p. 15)

1 Coxartrosi

1.1 Eziologia

Primaria: senza causa identificabile

Secondaria (artrosi centrale, alterazioni radiologiche spesso successivamente):

- **Metabolica:** artropatia da deposito di cristalli, emocromatosi, obesità (metabolica, non solo meccanica), ecc.
- **Meccanica:** displasia dell'anca, epifisiolisi, posizionamento errato (coxa vara, coxa valga), origine post-traumatica, osteonecrosi, conflitto femoro-acetabolare, ecc.
- **Post-infiammatoria:** con patologie come artrite reumatoide, morbo di Bechterew, artrite psoriasica, artrite reattiva, artrite infettiva, ecc.

1.2 Sintomi

- Dolori all'inizio del movimento, dolore al carico, dolore a riposo in caso di coxartrosi avanzata
- Localizzazione del dolore: inguine, si diffonde nella coscia ventrale fino al ginocchio, raramente anche alla regione glutea
- Limitazione del movimento

1.3 Esiti

- Zoppia di Duchenne: zoppia antalgica durante il cammino con inclinazione laterale del tronco sul lato dell'articolazione interessata durante la fase di appoggio
- Segno di Trendelenburg in appoggio su una sola gamba a causa della muscolatura glutea insufficiente
- In posizione eretta, accentuazione della lordosi lombare, inclinazione in avanti del bacino e flessione del ginocchio a causa della limitata estensione dell'anca
- Ridotta mobilità articolare, in particolare la rotazione interna. Durante la flessione dell'anca si verifica contemporaneamente una rotazione esterna (rotazione esterna forzata)
- Provocazione del dolore soprattutto con pressione sull'inguine con contemporanea flessione e rotazione interna
- Dolore da compressione assiale

1.4 Ulteriori accertamenti

- Radiografia convenzionale (bacino AP, in piedi, centrata sulla sinfisi): assottigliamento dello spazio articolare, osteofiti, sclerosi subcondrale, cisti
- Ecografia (versamento)
- Test di infiltrazione
- Risonanza magnetica se si sospetta osteonecrosi

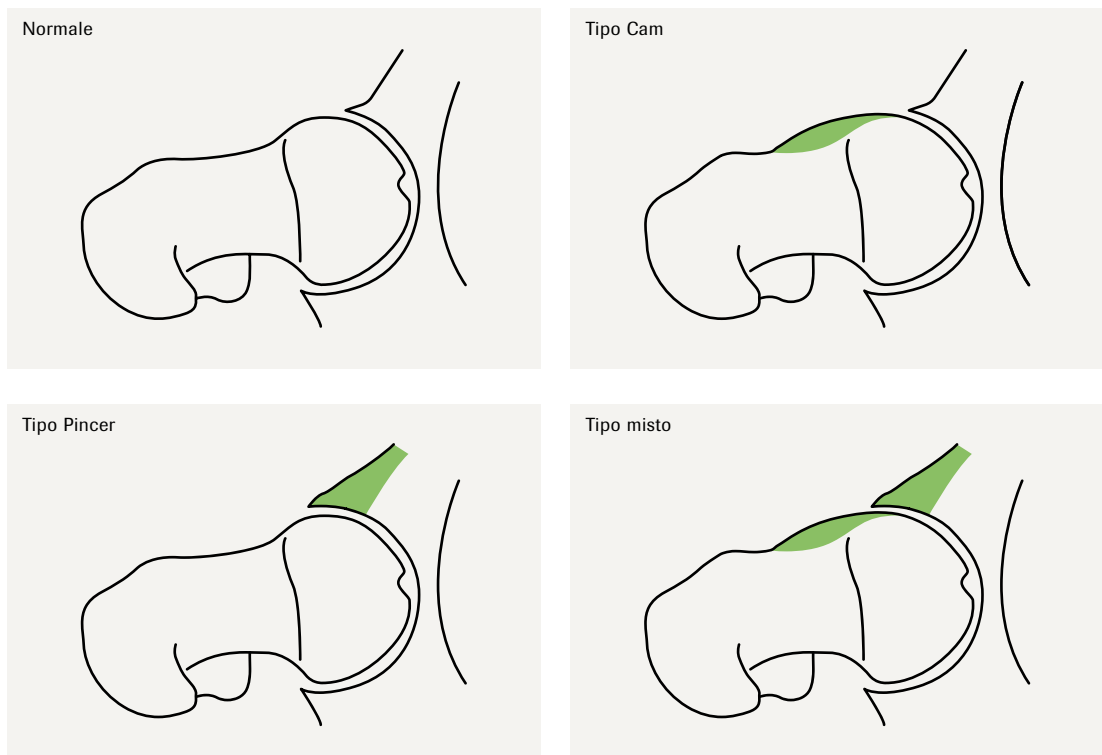
1.5 Terapia

- Adattamenti ergonomici
- Farmaci
- Fisioterapia
- Deambulazione con bastone
- Ammortizzazione con plantari per scarpe
- Protesica

2 Conflitto (impingement) femoro-acetabolare (FAI, femoro-acetabular impingement)

2.1 Eziologia e fattori predisponenti

- Conflitto meccanico tra il bordo anteriore dell'acetabolo (con labbro) e il collo del femore: il collo del femore urta / tocca l'acetabolo durante la flessione, la rotazione interna e l'adduzione dell'anca
- Distinzione tra due forme:
 - *Cam-FAI*: offset anomalo a causa di un'insufficiente sagomatura o di un eccesso osseo tra la testa e il collo del femore
 - *Pincer-FAI*: eccessiva copertura della testa del femore (o acetabolo troppo profondo) e/o posizionamento scorretto dell'acetabolo (retroversione)
- Localizzazione per lo più anteriore, raramente posteriore
- Un impingement esclusivamente di tipo Cam o Pincer è piuttosto raro, sono per lo più presenti combinazioni di entrambi i tipi (v. immagine «Proiezione assiale: impingement femoro-acetabolare»)
- Lesioni al labbro e alla cartilagine articolare a causa del contatto del collo del femore contro l'acetabolo; infine, sviluppo di una coxartrosi
- Frequente negli sport «stop and go» con flessione massima dell'anca, come l'hockey su ghiaccio



2.2 Sintomi

Provocazione del dolore all'inguine o più raramente nella regione glutea:

- all'inizio del movimento e sotto carico
- mentre si salgono le scale e si cammina in salita
- dopo postura seduta prolungata, soprattutto se l'anca è molto flessa

Attenzione: nei pazienti giovani e in caso di dolori all'anca sotto carico bisogna pensare a un impingement.

2.3 Esiti

- Provocazione del dolore con flessione, rotazione interna e adduzione contemporanea
- Segni di una coxartrosi secondaria (limitazione della rotazione interna per lo più prima manifestazione)

2.4 Ulteriori accertamenti

- Radiografia convenzionale:
 - *Cam-FAI: apposizioni ossee sul collo del femore (pistol grip deformity)*
 - *Pincer-FAI: accentuata copertura dell'articolazione dell'anca a causa di protrusio acetabuli o coxa profunda e / o retroversione dell'acetabolo (ischial spine sign, posterior wall sign e crossover sign) → vedi informativa 2017 «Informazioni pratiche importanti»*
- Risonanza magnetica o arto-RM: lesione del labbro e della cartilagine oltre alle alterazioni anatomiche indicate sopra
- Infiltrazione dell'articolazione coxofemorale con anestetici locali

2.5 Terapia

- Conservativa: FANS, iniezioni intrarticolari, fisioterapia
- Operatoria:
 - *Artroscopia dell'anca: eliminazione / limitazione a lungo termine dei disturbi e possibile impedimento / rallentamento dello sviluppo di una coxartrosi, indicazione principale Cam-FAI; Pincer-FAI esclusiva difficile da affrontare con artroscopia*
 - *Lussazione aperta dell'anca con correzione dell'offset*
 - *Osteotomia correttiva*
 - *Sostituzione dell'articolazione (in presenza di marcata coxartrosi)*

3 Coxite

3.1 Eziologia

Non infettiva

- Artropatie da deposito di cristalli
- Artrite reumatoide
- Spondiloartriti (nel morbo di Bechterew l'anca è l'articolazione colpita più frequentemente oltre alla colonna vertebrale)
- Collagenosi / vasculiti

Infettiva

- Origine batterica (per es. stafilococco, streptococco, patogeni Gram-negativi, Neisseria gonorrhoeae, Borrelia burgdorferi, Mycobacterium tuberculosis)
- Origine virale (per es. sinovite transitoria del bambino)

Cave: Ein Verdacht auf eine septische Arthritis ist ein Notfall, der Patient gehört umgehend ins Spital. Empirische Antibiotikabehandlung erst nach diagnostischer Punktion. Eine Zerstörung des Gelenkes ohne Therapie ist innert Tagen möglich!

3.2 Sintomi

- Zoppia antalgica
- Dolori a riposo e durante il movimento

3.3 Esiti

- Dolore da urto assiale
- Dolore inguinale alla pressione
- Febbre
- Limitazione della mobilità (non sempre!)

3.4 Ulteriori accertamenti

Laboratorio

- Laboratorio di base: VES o PCR, ematogramma incl. formula leucocitaria, creatinina, urine, clamidie ed eventualmente PCR per gonococchi
- Esami di laboratorio approfonditi: altre analisi chimiche, spec. immunologiche (per es. ANA, fattore reumatoide e anti-CCP), sierologia (innanzitutto Borrelia, altre sierologie dopo consulto con specialisti)

Diagnostica per immagini

- Radiografie convenzionali: negative in fase iniziale, successivamente eventualmente aspecifiche
- Ultrasuoni, incl. artrocentesi
- Risonanza magnetica solo in casi particolari

Artrocentesi

Se si sospetta un'artrite batterica si deve eseguire un'artrocentesi diagnostica (meglio con guida ecografica)!

- Numero cellule («infiammatoria» con $lc > 2000/\mu l$; «non infiammatoria» con $lc < 1000/\mu l$)
- Cristalli (pirofosfato di calcio in caso di pseudogotta, acido urico in caso di gotta, idrossiapatite)
- Cultura batteri, PCR per *Borrelia* solo con sierologia pos.

Attenzione: la causa più frequente di un versamento non infiammatorio è un'artrosi attivata.

3.5 Terapia

A seconda della patologia di base

4 Dolore dopo una protesi totale dell'anca

4.1 Infezione della protesi

4.1.1 Eziologia

- 0,5–2% per le protesi di ginocchio e anca, più spesso nei portatori di protesi immunosoppressi, con psoriasi e in seguito a due o più interventi di protesi
- Differenziazione:
 - *Infezione precoce = inoculazione intraoperatoria*
 - *Infezione tardiva = ematogena > 3 mesi*

Agenti patogeni

- Infezione precoce: stafilococco coagulasi negativo
- Infezione tardiva: stafilococco aureo, streptococco, patogeni Gram-negativi
- Origine funginea o micobatteri in immunosoppressi, ev. flora mista

4.1.2 Sintomi / esiti

- Infezione precoce: febbre, eritema, fistole primarie, dolore
- PCR, leucocitosi, emocolture, striscio della lesione
- Infezione tardiva: relativamente aspecifici, soprattutto dolori articolari, segni di scollamento della protesi, i segni di infiammazione possono essere negativi

**Attenzione: in caso di decorso prolungato pensare sempre a un'infezione!
Rimandare sempre i pazienti direttamente al chirurgo!**

4.1.3 Possibilità di accertamento

- Scintigrafia, nella scintigrafia con tecnezio non è possibile distinguere tra infezione e scollamento. Più specifica: scintigrafia con leucociti
- SPECT/CT
- PET (non coperta dall'assicurazione, necessaria una conferma della presa a carico dei costi)
- Artrocentesi
- Artroscopia diagnostica

4.1.4 Therapie

- Di norma, sostituzione dell'articolazione in due fasi
- Con diagnosi precoce o infezione precoce l'antibiosi può essere sufficiente
- In caso di inoperabilità antibiotici, ev. soppressione permanente
- Terapia parenterale di 2–4 settimane, almeno 6 settimane totali

4.2 Allentamento della protesi

- Dolori derivanti dai carichi, dolore durante il movimento
- Lisi periprotetica con radiologia convenzionale
- Captazione scintigrafica
- DD: infezione low-grade

4.3 Ossificazione eterotopa

Terapia ev. chirurgica, profilassi con FANS o irradiazione

4.4 Problemi alle parti molli

- Ematomi
- Impingement m. ileopsoas
- Insufficienza muscolare
- Dolori miofasciali (trigger point)
- Irritazione borsa (grande trocantere)
- Accorciamento tendine muscolare (m. ileopsoas)
- Ernia muscolare (muscolo vasto laterale)

4.5 Problemi statici

Lunghezza gambe differente

5 Patologie ossee

5.1 Fratture

- Le più frequenti in caso di osteoporosi

Attenzione, fratture da stress:

- **Fratture da insufficienza (sollecitazione normale; ridotta resistenza delle ossa, per es. in caso di osteoporosi, fratture femorali atipiche dopo lunghi trattamenti con un bisfosfonato)**
- **Fratture da affaticamento (sollecitazione elevata, per es. in caso di allenamento inadeguato; normale resistenza delle ossa)**
- **In presenza di fratture al bacino / all'anca senza un trauma adeguato, pensare sempre all'osteoporosi ed eseguire i necessari accertamenti**
- **Un esame radiologico convenzionale considerato normale non esclude una frattura! Risonanza magnetica o CT per ulteriore verifica, a secondo del dubbio**

5.2 Necrosi della testa del femore (Osteonecrosi asettica)

5.2.1 Fattori di rischio

Terapia steroidea, artrosi, abuso di alcool, diabete mellito, disturbi del metabolismo lipidico, lupus eritematoso sistemico, trapianto renale, infezione da HIV, emoglobinopatie, malattia da decompressione, ecc.

5.2.2 Sintomi

Inizia per lo più lentamente con dolori a riposo e sotto carico

5.2.3 Diagnostica

- All'inizio spesso esami radiologici convenzionali con risultati normali → Risonanza magnetica per lo più necessaria e molto sensibile
- Evoluzione nell'esame radiologico convenzionale: innanzitutto demineralizzazione e zona di addensamento nastriforme, in seguito linea di frattura subcondrale e, infine, appiattimento della testa fino al collasso con degenerazione secondaria dell'articolazione. La prognosi migliora in base alla tempestività della decompressione. La sostituzione dell'articolazione è spesso inevitabile.

5.2.4 Terapia

- Analgesia
- Deambulazione con bastone
- Ev. perforazione di decompressione
- Trattamento della causa, se nota
- Terapia farmacologica (calcitonina, bisfosfonati possibili, ma non basati su prove di efficacia)
- Se la necrosi della testa del femore è in stadio avanzato, la sostituzione dell'articolazione è per lo più inevitabile

5.3 Altre patologie ossee

- Trauma all'articolazione coxofemorale (lesione del labbro, osteocondrite dissecante)
- Algodistrofia (sindrome di Sudeck, Complex Regional Pain Syndrome I = CRPS I)
- Tumore osseo (metastasi, osteoma osteoide, ecc.)
- Osteoporosi transitoria (spesso durante la gravidanza)
- M. Paget
- Osteomielite
- Osteomalacia
- Nei bambini: M. Perthes, epifisiolisi

6 Dolore periarticolare

6.1 Definizione

Diverse affezioni nell'area dell'anca di origine non articolare, che causano dolore nella regione glutea, all'anca e all'inguine. Precedentemente anche denominato periartrite dell'anca.

6.2 Patogenesi

- Dolore di origine miofasciale (trigger point, ecc.)
- Tendinopatie inserzionali (rottture parziali e complete, specialmente il muscolo medio gluteo)
→ Borsite trocanterica: dolore al di sopra del grande trocantere
- Secondario con coxartrosi, sindrome lombospondilogeno, anomalie di postura (obliquità del bacino), sollecitazioni errate e fibromialgia (piuttosto centrale, funzionale)
- Borsite (trocanterica, ileopettinea, ischioglutea)
- Sindrome del piriforme
- Depositi di cristalli in strutture periarticolari (idrossiapatite)
- Anca a scatto

6.3 Sintomi

Dolori al grande trocantere e nella regione glutea con diffusione alla coscia (dolore sciatalgiforme atipico) non solo durante il movimento ma anche di notte se il paziente si corica sul lato interessato.

6.4 Esiti dell'esame

- Dolore alla pressione durante la palpazione, spesso indizio di una tendinopatia inserzionale (grande trocantere), dolore durante la flessione passiva e l'adduzione dell'anca
- Debolezza degli adduttori dell'anca (abbassamento del bacino durante la fase di appoggio)

6.5 Ulteriori accertamenti

- Radiografia convenzionale
- Ultrasuoni
- Risonanza magnetica

6.6 Terapia

Personalizzata a seconda della causa; innanzitutto provvedimenti conservativi tramite fisioterapia, medicina manuale ed eventualmente infiltrazione con steroidi ad azione prolungata. Considerare radioterapia locale della regione infiammata a partire da 50 anni in situazioni di resistenza alle terapie convenzionali.

7 Regione coxo-lombo-pelvica

7.1 Disturbi dell'articolazione sacroiliaca

7.1.1 Eziologia

- Le disfunzioni dell'articolazione sacroiliaca sono spesso secondarie in presenza di disturbi della colonna lombare
- Instabilità del cingolo pelvico (post-traumatica e durante la gravidanza)
- Sovraccarico dopo spondilodisi lombare o in caso di insufficienza degli adduttori dell'anca
- Artrosi dell'articolazione sacroiliaca
- Frattura sacrale in caso di osteoporosi
- Sacroileite, soprattutto in presenza di spondiloartrite assiale
- Lunghezza gambe differente

7.1.2 Sintomi

- Sintomo cardinale: dolore nella regione lombare e glutea
- Diffusione del dolore pseudoradicolare verso il lato posteriore della coscia e l'inguine
- I disturbi cominciano spesso dopo un trauma lieve
- Provocazione del dolore con il cambiamento di posizione (per esempio alzandosi da seduti) e da sollecitazioni «asimmetriche» (per es. pattinaggio)
- Riduzione del dolore alleggerendo la regione glutea omolaterale in posizione seduta
- Dolore notturno e rigidità al mattino (con genesi infiammatoria)

7.1.3 Esiti

- Dolore alla pressione sull'articolazione sacroiliaca
- Segno dell'articolazione sacroiliaca positivo, per es. segno di Mennel, test di Patrick e test di flessione eretta (attenzione: spesso l'articolazione sacroiliaca è anchilosata a causa dell'età)
- Segno di Lasègue negativo
- Assenza di disfunzioni neurologiche

7.1.4 Ulteriori accertamenti

- Radiografia convenzionale: segno di artrosi dell'articolazione sacroiliaca, instabilità (radiografia pelvica in posizione eretta su una gamba: spostamento della sinfisi) o artrite dell'articolazione sacroiliaca
- Risonanza magnetica in caso di sacroileite dubbia (attenzione: edema osseo subcondrale aspecifico)

7.1.5 Terapia

- Manipolazione dell'articolazione
- Analgesici
- Infiltrazione articolare / periarticolare

7.2 Ernie

- Ernia inguinale
- Ernia femorale
- Ernia otturatoria
- Ernia ischiadica

7.3 Sindrome di Maigne

Proiezione spondilogenica del dolore dal passaggio toraco-lombare

8 Dolori nella regione dell'anca di origine vertebrale: spondilogeni (referred pain) – neurogeni

8.1 Definizioni

Spondilogeno (dolore riferito, dolore pseudoradicolare, «referred pain»)

Dolore che si diffonde, senza distribuzione dermatomica, disturbi causati dalla colonna vertebrale – molteplicità di disturbi sensitivi, motori, vasomotori o vegetativi.

Neurogeno (radicolare)

Dolore causato da una patologia nervosa, con diffusione del dolore nel dermatoma del nervo coinvolto, ev. con disfunzioni sensitive e/o motorie.

8.2 Cause

8.2.1 Possibili cause dei dolori spondilogeni

	Sintomi cardinali	Esiti
Sindrome discogenica	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificazione del dolore tramite flessione o posizione seduta • Dolore locale al colpo di tosse 	<ul style="list-style-type: none"> • Provocazione del dolore con flessione della colonna vertebrale • Provocazione del dolore con sit up test (sollevamento del tronco da posizione sdraiata senza l'aiuto delle braccia)
Sindrome delle faccette articolari	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificazione del dolore durante l'estensione, la rotazione e la flessione laterale della colonna vertebrale • Dolore con carattere occasionalmente simile all'artrosi attivata (dolore a riposo che diminuisce con il movimento) • Irradiazione verso i glutei, l'inguine o, più raramente, il lato posteriore della coscia 	<ul style="list-style-type: none"> • Provocazione del dolore con estensione, rotazione e flessione laterale • Provocazione del dolore con il sollevamento del tronco da posizione prona
Sindrome da instabilità	<ul style="list-style-type: none"> • Provocazione del dolore con urti e movimenti bruschi • Irradiazione per lo più non oltre la regione glutea 	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo spinale anormale o riflesso di supporto durante il sollevamento da posizione chinata in avanti

8.2.2 Possibili cause dei dolori neurogeni

- Ernia del disco
- Stenosi spinale (iperplasia delle faccette articolari e dei legamenti gialli, ernie del disco, spondilolistesi)
- Osteofiti
- Lacerazione dell'anello fibroso
- Aracnoidite, adesioni epidurali ed ernie recidive nella sindrome da fallimento chirurgico spinale
- Radicolite (per es. Herpes zoster, radicolonevrite da Borrelia, neuropatia femorale in caso di diabete)
- Sindrome della cauda equina
- Intrappolamento di nervi al di fuori della colonna vertebrale
 - *N. ileoinguinale, n. genitofemorale, n. cutaneo laterale della coscia (meralgia parestesica)*

→ Per informazioni approfondite sui «Dolori alla schiena», vedere la documentazione del corso di Update Reumatologia 2011.

Per richiedere il PDF, contattare la Lega svizzera contro il reumatismo all'indirizzo: update@rheumaliga.ch / tel: 044 487 40 00.

Impressum

Responsabilità scientifica 2017

Dr. med. Thomas Langenegger, Baar (direzione)

Dr. med. Wolfgang Czerwenka, Wettingen

Dr. med. Adrian Forster, Winterthur

Segretariato

Valérie Krafft, direttrice, Lega svizzera contro il reumatismo

Simone Schnyder, Lega svizzera contro il reumatismo

Organizzatrice

Lega svizzera contro il reumatismo

Josefstrasse 92, 8005 Zurigo

tel. 044 487 40 00

Fax 044 487 40 19

update@rheumaliga.ch



**Lega svizzera
contro il reumatismo**
Il movimento è salute