PATELLO-FEMORAL PAIN (PFP)

*Docente: Alice Munari*

*Autori sbobina: Rabbia Matteo*

Immagine che contiene schizzo, disegno, cartone animato, arte

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.Questo esercizio che abbiamo visto per la femoro-rotulea va bene? No, perché è un esercizio in catena cinetica aperta e ho un maggior stress femoro-rotuleo. Siamo in leg extention. a 0 ° di flessione di ginocchio, quindi abbiamo il massimo stress articolare che possiamo dare all'articolazione in quel momento. Non è vietato sempre, il paziente tornerà a farlo, ma nelle fasi più acute lo sconsigliamo, soprattutto se la reattività del paziente è molto alta.

Cosa possiamo fare? Mini squat da zero a 45 ° oppure estensioni a catena cinetica aperta da 45 a 90.

(Nelle slide nascoste ci sono esempi di alcuni esercizi in acuto, poi avrete anche tutta una progressione nell'atlante).

CONTROLLO DEL DOLORE NEGLI ATLETI

*Patellar taping*

Immagine che contiene vestiti, persona, Coscia, Pantaloncini

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.A chi posso mettere il tape? Al paziente che sta bene. Se il mio paziente mi fa un mini-squat e a male 2 gli metto il tape sulla rotula e mi dice che lo squat gli fa male 0. Io gli metterò il tape e gli insegno al paziente a farselo a casa per per ridurre il dolore e ridurre la reattività. Questo si può fare anche negli atleti. Cosa può servire negli atleti? Sicuramente il tape con esercizi di extrarotazione di anca. Esiste questo tutore che si chiama Serf Strap della Don Joy che tiene il femore in extrarotazione, questa è un'alternativa da pensare per l'atleta che non può muoversi.

Gli esercizi con cui si incomincia sono quelli fuori dal carico:

* Abduzioni, questo si chiama Clam, con i talloni appoggiati allungando poi la leva se il dolore si riduce e l'estensione è consentita fuori dal dolore
* Esercizi di grande gluteo a prono o in quadrupedia chiedendo il controllo delle estensione lombare
* Ponti bipodalici per aiutare il lavoro gluteo
* Abduttori in monopodalico con l'aiuto di bande elastiche
* Estensori (sempre con bande elastiche)
* Lavorare in diagonale abduzione extrarotazione e lieve estensione dell'anca (cane che fa la pipì).

Si può poi peggiorare con bande elastiche e passando al monopodalico, (anche ponte monopodalico). Si passa poi a tutta una serie di esercizi in carico per la fase di minor reattività, quindi:

* Degli squat dove alleniamo il paziente a portare il tronco avanti (con le spalle avanti e il sedere indietro aumentiamo di più il lavoro gluteo e riduciamo un pochino l'attivazione del quadricipite).
* Poi squat aprendo bene le ginocchia.
* Poi gli squat monopodalico.
* Fino a movimenti tridimensionali, quindi abduzione ed extrarotazione, lieve estensione dell'anca con controllo della lombare (cane che fa la pipì da in piedi)
* Fino a controllo del valgismo dell'angolo Q dinamico in dinamica appunto, quindi con un elastico che tira il ginocchio in valgismo e la muscolatura del paziente che deve lavorare in direzione opposta.
* Fino a poi ad andare a riallenare lateral step Down o eccentric step test la discesa dal gradino utilizzando maggiormente la muscolatura glutea.
* Fino a poi a camminate come il krab walk con l'elastico.

EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

Se noi riusciamo a controllare il dolore prendiamo fiducia col paziente perché questa è una patologia che tende a dare tantissima kinesiofobia e catastrofizzazione. Quindi attenzione a valutare tutti i domini.

Andremo a modificare le attività, che gli danno dolore, e dovremmo incoraggiarlo in un approccio attivo. Quanti esercizi fare? In questo studio direbbero 60 minuti. Ecco, io vi dico che dal punto di vista pratico nessun paziente farà 60 minuti di esercizi al giorno, quindi io tendo a darne tre, massimo quattro, ma chiedere che li facciano tutti i giorni.

Attenzione alla cosa più importante, il management delle aspettative: è una patologia lunga che richiede tempo a guarire, abbiamo anche rischi di cronicizzazione. Il paziente deve sapere che dovrà metterci del suo e dovrà mettercelo per tanto almeno due mesi.

Riepilogando, si potrà poi andare a lavorare sul running ri-training scoperto se abbiamo visto una problematica di corsa. Ci sono alcuni studi, questo sui militari, che dicono che il dolore si riduce. Effettuano una manipolazione o esercizi di neurodinamica al nervo femorale.

Ancora una volta vi ricordo l'educazione, il paziente va responsabilizzato e deve veramente metterci tanto del suo se vuole guarire. Ricordatevi che non dobbiamo dimenticarci le bandiere, la salute generale e andiamo a vedere se il dolore è davvero solo nocicettivo, è davvero raro che una PFP sia solo nocicettiva.

Immagine che contiene testo, schermata, Carattere, design

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

Questo è un diagramma che ci lascia selhorst. A questo gruppo è stata somministrata questa scala, la Fear of avoidance beliefs questionnaire. Si è andato a vedere quanta paura ha il paziente di muoversi. La prima cosa da fare è educazione, vedete con anche uno psicologo, quindi cognitivo comportamentale. Se invece il paziente non ha paura di muoversi dovremmo andare a vedere la flessibilità. Se ha un problema di flessibilità, lavorare su quella. Per poi andare a vedere se ci sono problematiche di aumentato angolo q dinamico e lavorare su quello per poi anche rinforzare progressivamente tutti i muscoli.

Video di atleti che corrono 🡪 se guardiamo i migliori atleti del mondo di corridori di alto livello, ognuno di loro ha delle scorrettezze biomeccaniche, ad esempio dei valgo dinamico di ginocchio, le braccia che superano la linea mediana durante la corsa, cosa che non dovrebbe avvenire, così come se noi guardiamo la seconda maratoneta più forte al mondo, ha le ginocchia che sembra che si si incontrino l'una con l'altra, uno dei più forti runner ha un livello di pronazione della caviglia importantissimo. Se guardiamo l'uomo che ha alzato per la prima volta tre volte il suo peso, ha una scoliosi pazzesca. Passando poi ad atleti importanti che hanno lo showermann disease (iper-cifosi toracica), da hockey a football player, fino ad arrivare ai paralimpici. Il nostro corpo è bravissimo a compensare. Andreste a correggere la seconda maratoneta più forte al mondo solo perché ha un valgismo dinamico di ginocchio allucinante? Io assolutamente no, perché, come abbiamo detto anche prima, stabilire dove quella cosa sia un problema se lei ha performance di altissimo livello e non ha dolore la lasciamo correre così. Attenzione perché andando a modificare il gesto tecnico potremmo avere un abbassarsi delle performance.

Poi abbiamo parlato di piede, cosa possiamo fare per il piede del mio paziente? Abbiamo buone evidenze sui plantari nella femoro-rotulea in un follow up di tre mesi che ha una buona efficacia appunto nell'immediato, fino ai tre mesi. Quindi come posso scegliere chi beneficerà del plantare? Collins ci dice se abbiamo bassi livelli di dolore, incremento di mobilità del Medio piede e limitazione di flessione dorsale posso pensare che quel paziente stia meglio col plantare.

A livello clinico tenere in studio un plantare base con una buona coppa calcaneare e un buon sostegno della volta plantare. Chiedere al paziente uno squat monopodalico, prima senza plantare e poi con col plantare. Se il mio paziente ha una riduzione immediata del dolore, quel paziente beneficerà del plantare.

Immagine che contiene calzature, persona, piede

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

Queste due foto poi sono bendaggi del piede. Il primo lowday, che è un bendaggio anche utilizzato per la fascite plantare e il secondo è il calcanear six e sono due bendaggi che si possono tentare di fare in studio per chiedere al paziente poi il movimento funzionale e vedere se gli riducono il dolore. Siamo all'interno del “cerco di ridurre il dolore del mio paziente”. Ma non è che il paziente poi vivrà con la caviglia bendata, sia ben chiaro.

Immagine che contiene testo, schermata, Carattere, numero

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

Come sarà la prognosi del mio paziente? Abbiamo alcuni indicatori di outcome peggiori, in questo caso ci sono alcuni indicatori che possiamo davvero modificare 🡪 quindi il gonfiore del ginocchio, un basso punteggio al questionario kujala (ne parleremo poi, è uno dei questionari sul più indicati per il dolore Femoro rotuleo), la più alta frequenza del dolore, sintomi bilaterali, ridotta forza eccentrica di ginocchio, così come grande differenza di forza isometrica quadricipitale confrontata col controllo laterale. Su questi possiamo agire.

Quello su cui possiamo agire meno è questo: se abbiamo un paziente con bassa educazione perché riuscire a portarlo dalla nostra parte sarà dura. Così come uno stato di poor helath cioè di bassa salute. Quindi una persona che mangia male, una persona molto magra, una donna con amenorrea (atleta di solito). Per finire invece quello che noi non possiamo modificare è che più mi peggiora la prognosi. Sono questi ultimi quattro punti, essere donna, purtroppo le donne tendono ad avere outcome peggiori, avere un ipermobilità rotulea di base, avere un'età matura, soprattutto anziani, ma anche da quanto il mio paziente ha dolore. Se ha dolore da più di quattro mesi, la prognosi sarà peggiore.

HOFFITE

Altra patologia simile, si accompagna spesso alla feoro-rotulea, che è l'hoffite, l'infiammazione del corpo di hoffa.

* Colpisce dall'1 al 6% dei dolori anteriori di ginocchio.
* È maggiormente presente nel sesso femminile, nelle pazienti che fanno sport di salto o nelle donne con particolare lassità legamentosa.

Cosa mi cosa mi riferisce il pz?

* Dolore sottorotuleo anteriore che aumenta con l'iperestensione di ginocchio
* Dolore alla palpazione.
* Dolore a star fermi in piedi o a camminare.
* Ci potrà essere gonfiore, a volte anche calore, ma non è detto
* In alcuni casi può essere acuto se c'è un trauma diretto, una caduta, un portiere che cade male sul ginocchio.
* Migliora se tengo il ginocchio flesso, non ovviamente a massima flessione ma con qualche grado, 20, 30 °.
* Migliora con i tacchi, peggiora con le scarpe a suola piatta.

È una struttura che, se non trattata, se peggiora, può andare incontro a impingement anteriore.

Come diagnosi la risonanza magnetica è l'esame migliore che abbiamo.

Spesso può venire insieme o essere una conseguenza di problematica femoro-rotulee perché il mal tracking e la patella alta possono predisporre maggiormente all’hoffite, così come l'artrosi di ginocchio.

Sembra quindi che vi sia un legame tra l'artrosi, che come abbiamo visto ha dei fattori anche infiammatori, e se si cronicizza il corpo di hoffa può andare incontro a fibrosi portando a impingement anteriore.

Può avere due cause, acuta o da trauma.

Cosa posso fare per il paziente?

* Educazione prima di tutto, quindi modifica dell'attività.
* Il taping, l'utilizzo del ghiaccio.
* Rinforzo muscolare col controllo dell'estensione sì. Perché all'inizio in acuto evitiamo di andare a spremere proprio il corpo di hoffa tra le strutture ossee.

Immagine che contiene persona, polso, articolazione, Arto

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

Uno dei test di cui si parla letteratura (ma me ve lo porto solo qui perché i valori psicometrici non li ho trovati) però può aiutarci a capire se è hoffite facendo pressione laterale al tendine rotuleo col ginocchio flesso e chiedo al paziente un'estensione attiva, il dolore aumenta.

Attenzione che questa è dura da fare perché ci sarà anche diagnosi differenziale con femoro-rotulea e anche con una tendinopatia rotulea.

Quando ci troviamo di fronte a una hoffite cronica, il trattamento in realtà diventa molto più multimodale, più PFP. Andiamo a lavorare di rinforzo, evitando ovviamente l'estensione attiva e l'iperestensione in fase acuta.

Nelle slide avrete vi ho lasciato il link del tape secondo mcconnell.

*Q:* In presenza quindi di un J-sign francamente positivo e forte dolore anteriore di ginocchio possiamo comunque intraprendere una via conservativa? Monitorare il paziente, vedere un po’ come evolve il quadro prima di fare referral o sarebbe bene fare comunque una valutazione ortopedica subito?

*A:* Allora la risposta non c'è dalla letteratura, ti dico che è in clinica io faccio referral. Ovviamente la cosa per me è fondamentale, è avere ortopedici con un certo modus operandi. Persone che prima di operare il paziente ci pensano due volte. Di solito l'ortopedico gli espone le alternative, ma è lo stesso a dirgli prova con la fisioterapia. A me è successo più di qualche volta che il l'ortopedico stesso dica, fissiamo comunque l'intervento tanto tanto i tempi d'attesa sono di 2-3 mesi. Quindi lo fissiamo tra tre mesi. Tu mi fai la fisioterapia se tra tre mesi è talmente migliorato che stai bene, quando ti chiamano per il pre-ricovero dici no. Ti dico, spesso poi il paziente rinuncia all’intervento.

PATOLOGIE DELL’ANCA

Immagine che contiene testo, schermata, software, Pagina Web

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

Andremo a vedere tre grandi sottosistemi, il primo è hip related groin Pain. Intendiamo quel dolore all'inguine, però, che ha una relazione intrarticolare, quindi una problematica articolare, quindi un FAI (impingement femoro acetabolare), lesioni del labbro o artrosi (la lesione condrale è tra parentesi perché vi ho lasciato paio di slide nascoste, ma non saranno esplicate a lezione).

Andremo poi a vedere le problematiche miotendinee, quindi la DGS (deep gluteal sindrome), l'anca a scatto e la GTPs (tendinopatia latero-trocanterica).

Concluderemo poi con il Groin Pain, che è riassunto in questa immagine che di solito si suddivide in quattro entità cliniche:

* adductor related, quindi che c'entra con gli adduttori
* ileopsoas related
* inguinal related
* pubic related.

In sede di questo seminario parleremo insieme a Nicole dell'ileopsoas related. Le altre 3 entità cliniche le vedrete col prossimo seminario, quindi con il bacino.

IMPINGEMENT FEMORO ACETABOLARE (FAI)

Viene definito come disordine d’anca motion related (position related), ma è più facile motion related. Quindi quando faccio quel movimento ho male e dobbiamo avere una triade, tre cose che devono coesistere:

* Sintomi
* Segni clinici
* Segni radiologici

Immagine che contiene lastra dei raggi X, Imaging medicale, radiografia, radiologia

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

Rappresenta un contatto precoce e sintomatico tra la parte prossimale del femore e l'acetabolo.

Questa che vedete in immagine viene chiamata Pistol Grip Deformity perché, se guardate sembra il manico di una pistola messa per giù ed è tipico come immagine di un impingement di tipo CAM.

Immagine che contiene formina, design

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

L'impingenment di tipo CAM è una anormalità della giunzione testa-collo femorale. Come vedete nell'immagine in alto a destra, questa giunzione va a impattare contro l’acetabolo e causa usura cartilaginea e labrale. Quindi la testa femorale non è più sferica e ovalata. Colpisce più i maschi delle femmine, di solito sono giovani attivi. Può essere anche dovuta a un impatto in flessione e di solito può portare a lesioni labrali. L'immagine tipica della CAM è quella che abbiamo appena visto, la Pistol Grip Deformity.

La pincer impingement è il problema uguale ma a carico dell'acetabolo. C'è un'eccessiva copertura acetabolare che va a far battere una normale giunzione testa collo contro l'acetabolo. È un'eccessiva copertura acetabolare e di solito colpisce donne di mezza età sportive. Ovviamente esiste la forma mista che è quella più comune e infatti è 85% dei FAI. Sembra però che la forma mista sia acquisita. Quindi di solito ho un CAM e l'acetabolo iper lavora e può sviluppare una crescita ectopica ossea e portare un mix oppure, viceversa, un pincer che lavora e il collo femorale va incontro a una crescita ectopica ossea, portando un mixed. Primaria mix solo il 2%.

E come si inquadra il paziente con FAI? Come vi ho detto, dobbiamo avere tutte queste cose: dolore, position related (motion related) all'inguine e all'anca in aggiunta al paziente può parlare di clicking, catching, cedimento, blocco, rigidità e in genere ridotto rom perché può riferirci, dolore acuto anteriore in elevata flessione d'anca, adduzione e rotazione interna. Quando poi la lesione peggiora ci possono essere ci può essere dolore laterale o posteriore a salire le scale o a mantenere a lungo la posizione seduta. Possono essere pazienti che mi riferiscono anche dolore tipo a fare il bidet, quindi a stare seduti molto flessi.

Vi ricordo però che per fare diagnosi di FAI come da questo agreement qui, deve esserci la triade dei sintomi, segni clinici, segni radiografici.

Revisione sistematica fatta dalla prof: i pz con FAI hanno ridotto rom in flessione, abduzione e rotazione interna e rotazione esterna.

Il trattamento inizialmente è solo conservativo.

La prima domanda che dobbiamo farci è “è solo FAI?” 🡪 spesso una problematica di impingement femoro acetabolare viene insieme ad altre problematiche come la lesione labrale, a volte è associata invece a problematiche di dolore lombare (LBP), altre volte ancora può essere associata a problematiche di anca a scatto o problematiche di pubalgia, quindi di groin Pain.

Cosa si fa?

* Educazione. Si educa il paziente, si vanno a modificare le attività. Se ho male a sedermi nella macchina perché ho una macchina bassa, devo far comprare qualcosa (un cuscino rialzante) che il paziente possa stare in macchina senza avere il dolore. Si possono utilizzare degli analgesici orali in associazione, ovviamente in accordo col medico di base. Una cosa che si può provare sono le iniezioni steroidee intrarticolari che devono essere sotto guida ecografica.

Qual è l'obiettivo della fisioterapia? Ridurre i sintomi del paziente, migliorare la stabilità dell'anca e anche andare a recuperare l’articolarità (mobilizzazioni, manipolazioni, trazioni, tecniche con le cinghie). E rinforzo della muscolatura.

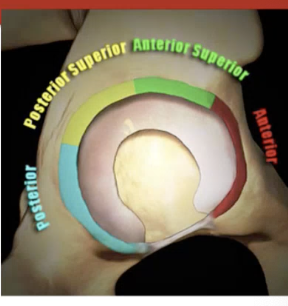
Come vedrete nel prossimo seminario rinforzare solo l'anca per questa problematica non serve, spesso il FAI è accompagnato ad altre patologie.

Ecco che in questi due studi hanno visto come andare a rinforzare la muscolatura dell'anca, serve, ma è importante associarla a un rinforzo della muscolatura del tronco. E gestire le comorbidità come il low back Pain.

Il trattamento con la fisioterapia come va? In questo momento gli articoli non sono molto dalla nostra parte. Se ci pensate, è una problematica ossea, di osso contro osso. Possiamo andare a gestire i sintomi ma non possiamo andare a modificare un'architettura ossea che ormai si è stabilizzata. Un articolo ci dice che l'artroscopia ha un anno è superiore rispetto e alla fisioterapia. La CAM Type è quella che sembra avere più beneficio dall’artroscopia. Stessa cosa viene vista da questo studio sotto di Palmer che ci dice che addirittura ha 8 mesi, ha trovato superiore l'artroscopia alla fisioterapia.

Prognosi: il paziente trattato con fisioterapia migliora col ritorno alle attività da tre a sei mesi. La letteratura ci direbbe di pensare alla chirurgia se fallisce il trattamento conservativo oltre i sei mesi. Inoltre, sembra che l’impingement di tipo CAM si associ all'artrosi d'anca, ma non sappiamo se trattando il FAI, quindi in questo caso con l'artroscopia, si riesca a prevenire l'artrosi dell'anca.

LESIONI DEL LABBRO

Le lesioni labrali sono dal 22 al 55% di chi ha groin Pain e inizialmente l'unica causa delle lesioni labiali era traumatica, invece gli studi più recenti hanno visto essere anche secondaria. Quindi ci sono pazienti con displasia con lassità capsulare o con artrite degenerativa che possono sviluppare una lesione labrale. Come vi ho detto nelle slide precedenti, chi ha il FAI quasi sempre ha anche una lesione labrale.

Come si presenta il mio paziente? Dolore, **clicking**, è uno dei primi sintomi che ci riferisce, ma se non ce lo riferisce ricordatevi di chiederlo. Sensazione di blocco, instabilità, difficoltà di movimento, a volte cedimento e rigidità. Qualche paziente può dirvi che col Faber, quindi dormendo a pancia giù con l'anca piegata in abduzione ed extra rotazione o pancia su con l'anca abdotta ad extra ruotata gli dà il suo dolore. Questo test (faber test) può aiutarci nei dolori d’anca, ma anche di sacro iliaca.

Il click delle lesioni labrali non ha nulla a che vedere col click dell'anca a scatto. Il click dell’anca a scatto è di solito asintomatico o comunque abbastanza superficiale, udibile dal terapista o anche palpabile. Il click della lesione labbra è un click più profondo. C’è il clicking test.

Vi ricordo appunto che l'insorgenza può essere sia traumatica che graduale. È presente anche in pazienti con problematiche come quelle che abbiamo visto ieri con Lorenzo, quindi la Legg-calvé-perthes e l'epifisiolisi.

Quando invece è traumatico nel 20% dei casi il trauma e in rotazione esterna e iperestensione. Quindi dolore acuto, di solito quando c'è il click, poi però rimane sordo, occasionalmente può scendere nel gluteo. Il paziente può entrare con una zoppia o col trendelenburg e posso comunque, essendo che è presente nel FAI, avere i test di impingement positivi. Come vedete anche questa patologia, come pressoché tutte le patologie dell'anca che abbiamo visto e che vedremo porta a dolore inguinale, dal 96 al 100% dei soggetti con lesioni labiali hanno dolore all'inguine, può irradiare nella zona anteriore della coscia o laterale, un po’ meno al gluteo.

Il Gold standard per la diagnosi e l'artro RM, quindi capite che non è facile perché è una risonanza magnetica con metodo con mezzo di contrasto.

Le cause? Sono molte e una delle cause potrebbe essere l'aumento del rischio con attività di rotazione, di pivoting; quindi, da una revisione che ho fatto sembra che i pazienti con lesioni labiali e con FAI abbiano fatto in età giovane (bambini, adolescenti) attività come pattinaggio, hockey, danza, anche calcio. Attività che vanno a stressare particolarmente l'anca.

La cosa interessante è che le lesioni labiali cambiano in base al posto nel mondo, in cui siamo quindi antero-superiori per i caucasici e posteriori in Asia. Perché in Asia mangiano per terra, sono sempre in iperflessione o in squat e quindi vanno a stressare la parte più posteriore del labbro.

Il trattamento è chirurgico quindi la fisioterapia ha vede pochissima applicazione.

L'unica possibilità che abbiamo è questa. Se siamo di fronte a un paziente giovane (<20 anni), dove non ha FAI, ha solo una lesione laterale, si può tentare il trattamento conservativo.

Che cosa significa? Fisioterapia associata a iniezione di cortisone ed anestetico. Ill 20% dei pazienti beneficia di questo trattamento. Chi fa questo tipo di trattamento torna all'attività sportiva pre lesionale? Tendenzialmente no. Inoltre, nei giovani con lesione laterale + FAI, il 50% si sottoporrà a chirurgia. Se lo volete provare a trattare come si tratta? Come il FAI:

* educazione, modifica delle attività delle ADL
* si possono utilizzare degli analgesici
* esercizi di rinforzo specifico.

Sapete però che questo è tendenzialmente una patologia da referral?

PROBLEMATICHE MIO-TENDINEE

Immagine che contiene testo, schermata, Carattere

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

La DGS - Deep gluteal syndrome, sindrome dello spazio gluteo profondo. È questo dolore o disestesia nella zona glutea nell'anca che può scendere lungo la coscia che di solito mi dà un entrapment del nervo sciatico, la causa non ha nulla a che vedere con problematiche lombari.

Quali sono le strutture che possono dare questo entrapement dello sciatico? Piriforme, gemelli, otturatore, così come osteocondromi, problematiche degli hamstring.

Ora noi abbiamo scelto di parlarvi della parte che abbiamo trovato di più in letteratura, cioè del piriforme, perché di tutto il resto se ne parla in letteratura, ma nessuno sa dare criteri, test, nulla.

È vero che è anche pressoché difficile, se non impossibile, riuscire a distinguere perfettamente se entrapment è solo colpa del piriforme, se dei gemelli più il piriforme e via così.