

COMPARTIMENTO PERIFERICO *GENERALITA'*



E. SABETTA, C. FERRAÙ

*Struttura Complessa
Ortopedia e Traumatologia
Direttore: Ettore Sabetta
Arcispedale S. Maria Nuova
Reggio Emilia*



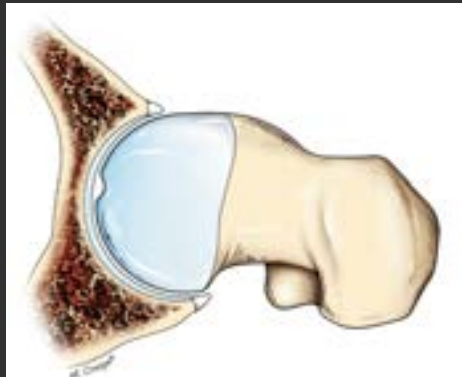


ROM normale dell'anca



Pincer impingement: eccesso di copertura acetabolare con contatto precoce collo femorale e labbro-acetabolo.

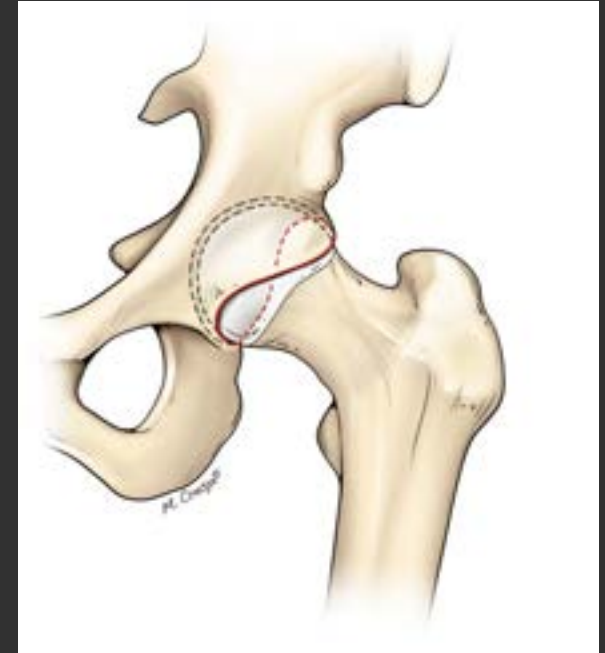
Degenerazione articolare postero-inferiore (contre-coup)



Cam impingement: la giunzione testa-collo è asferica con perdita dell'offset. La salienza ossea (bump) danneggia il cercine e la cartilagine sottostante

PINCER: CARATTERISTICHE RADIOLOGICHE

- CROSS – OVER sign



- "Cross-over sign": sensitivity 92%, specificity 55%, positive predictive value 59%, negative predictive value 91% [Dandachli W et al. 2009](#)
- "Posterior wall sign": sensitivity 81%, specificity 53%, positive predictive value 54%, negative predictive value 80% [Dandachli W et al. 2009](#)

PINCER: CARATTERISTICHE RADIOLOGICHE

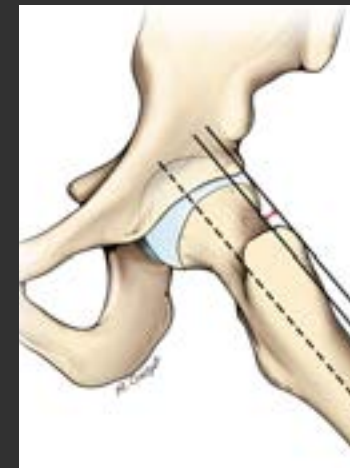
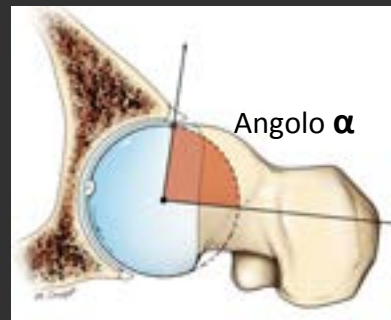
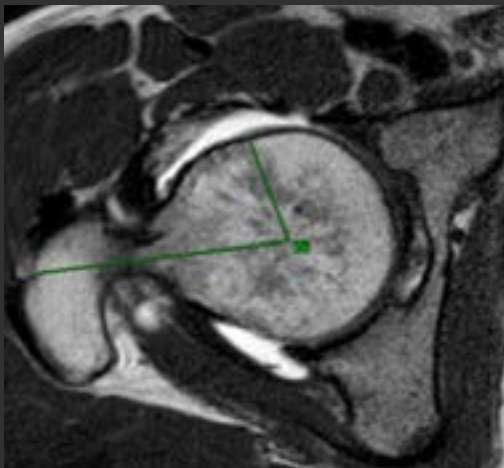
- SYNOVIAL HERNIATION PIT

Pitt et al. 1982, Daenen et al. 1997,
Thomason et al. 1983

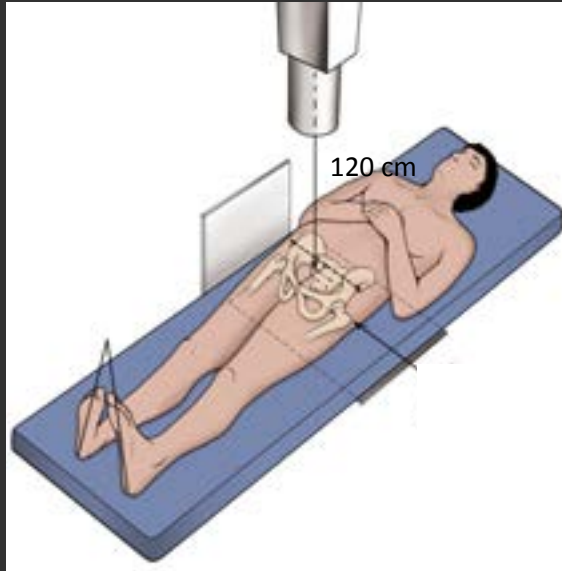


CAM: CARATTERISTICHE RADIOLOGICHE

- PISTOL-GRIP deformity



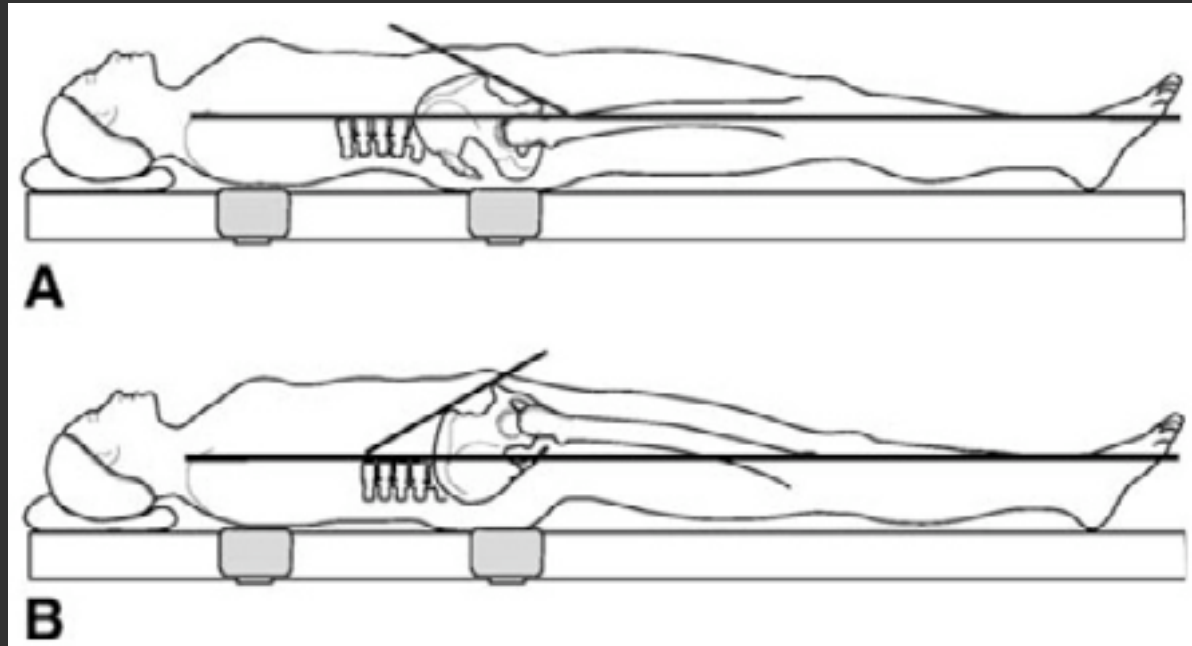
PINCER: caratteristiche RX



Well-centered AP view of the pelvis: distance between the sacrococcygeal joint and pubic symphysis measuring about 3 to 5 cm (3.2 cm male, 4.7 cm female) (Siebenrock KA et al., CORR 2003), or when the coccyx is about 1 cm from the pubic symphysis (Giori NJ, Trousdale RT, CORR 2003)

Reclination of the pelvis can underestimate the appearance of retroversion (crossover sign), and inclination can overestimate the findings (Armfield DR et al., Clin Sports Med 2006)

PELVIC TILT

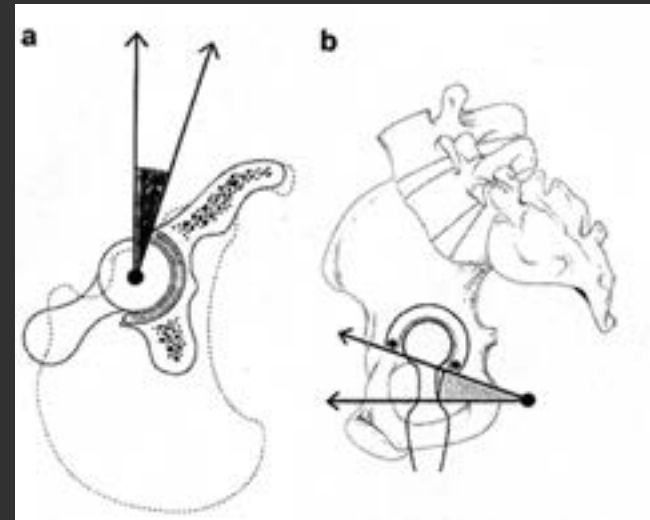
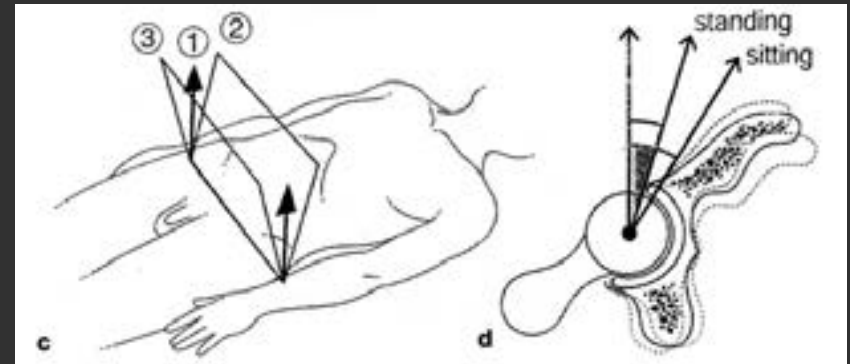


- Wan Z et al. 2009
- Zhu J et al. 2010

PINCER

CONDIZIONI EXTRA-ARTICOLARI PREDISponentI

- Iperlordosi lombare
- Rigidità lombare
- Coxa vara
- Collo femore retroverso
- Collo femore antiverso



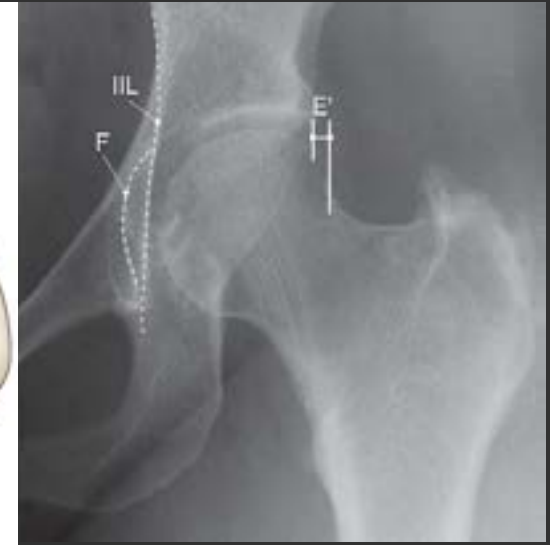
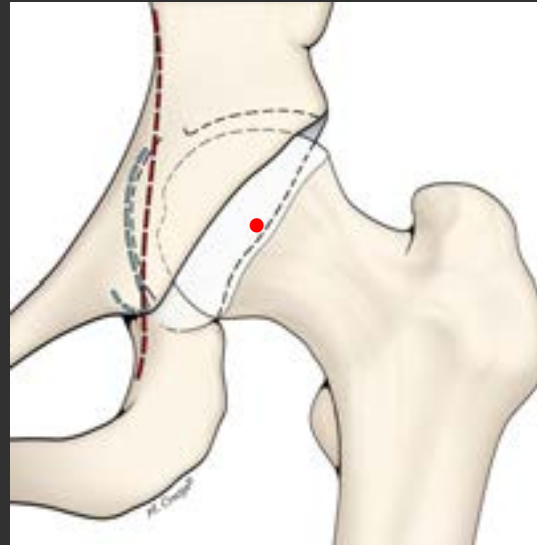


B.L., donna 29 aa, nuoto fino a 20 aa. Dall'età di 20 aa danza per 5 aa. Coxalgia sinistra da 5 aa peggiorata da 2 aa. Recentemente coxalgia dx.

PINCER: CARATTERISTICHE RADIOLOGICHE

COXA PROFUNDA

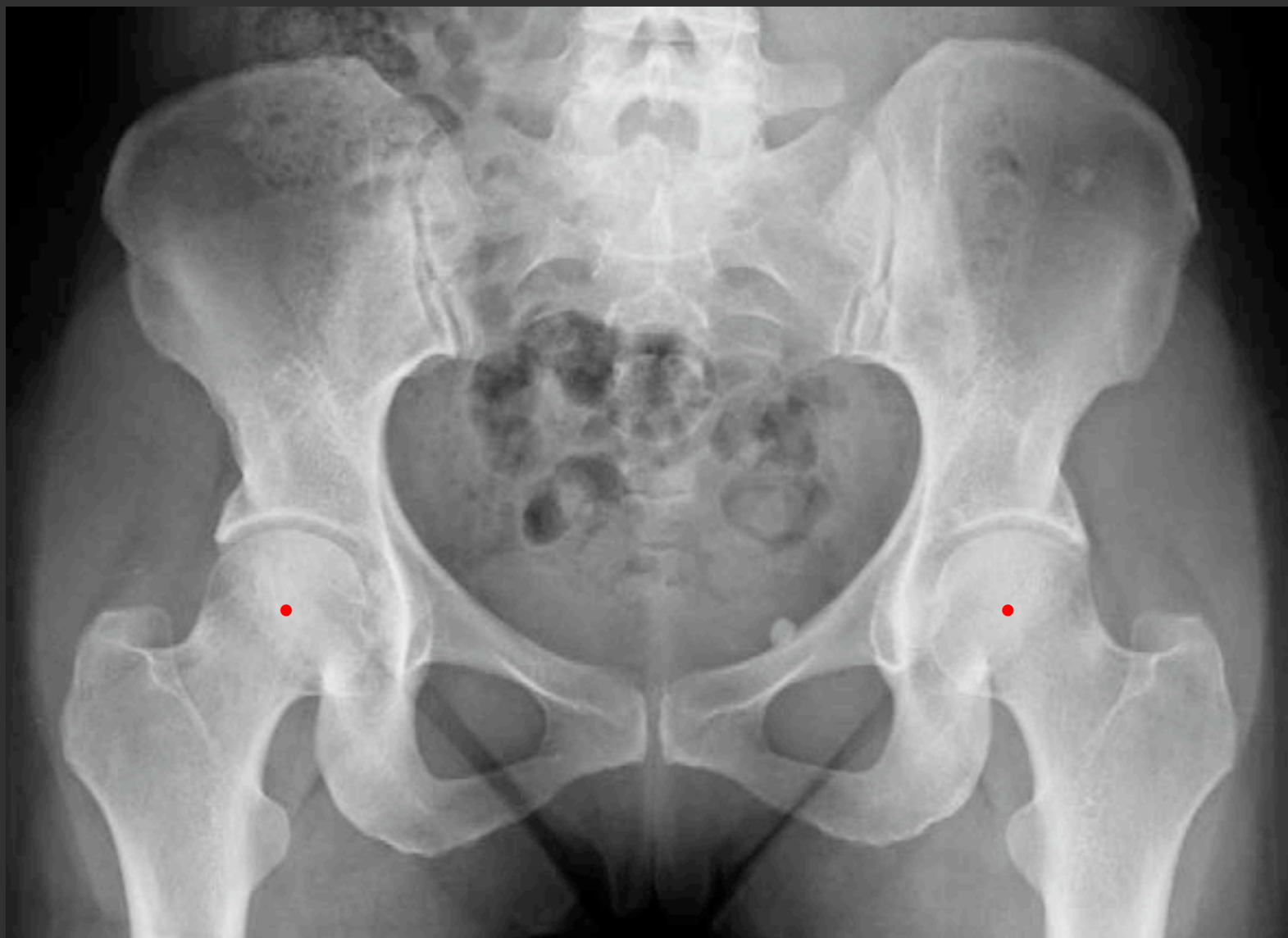
(il fondo dell'acetabolo si sovrappone o è mediale alla linea ileo-ischiatica)

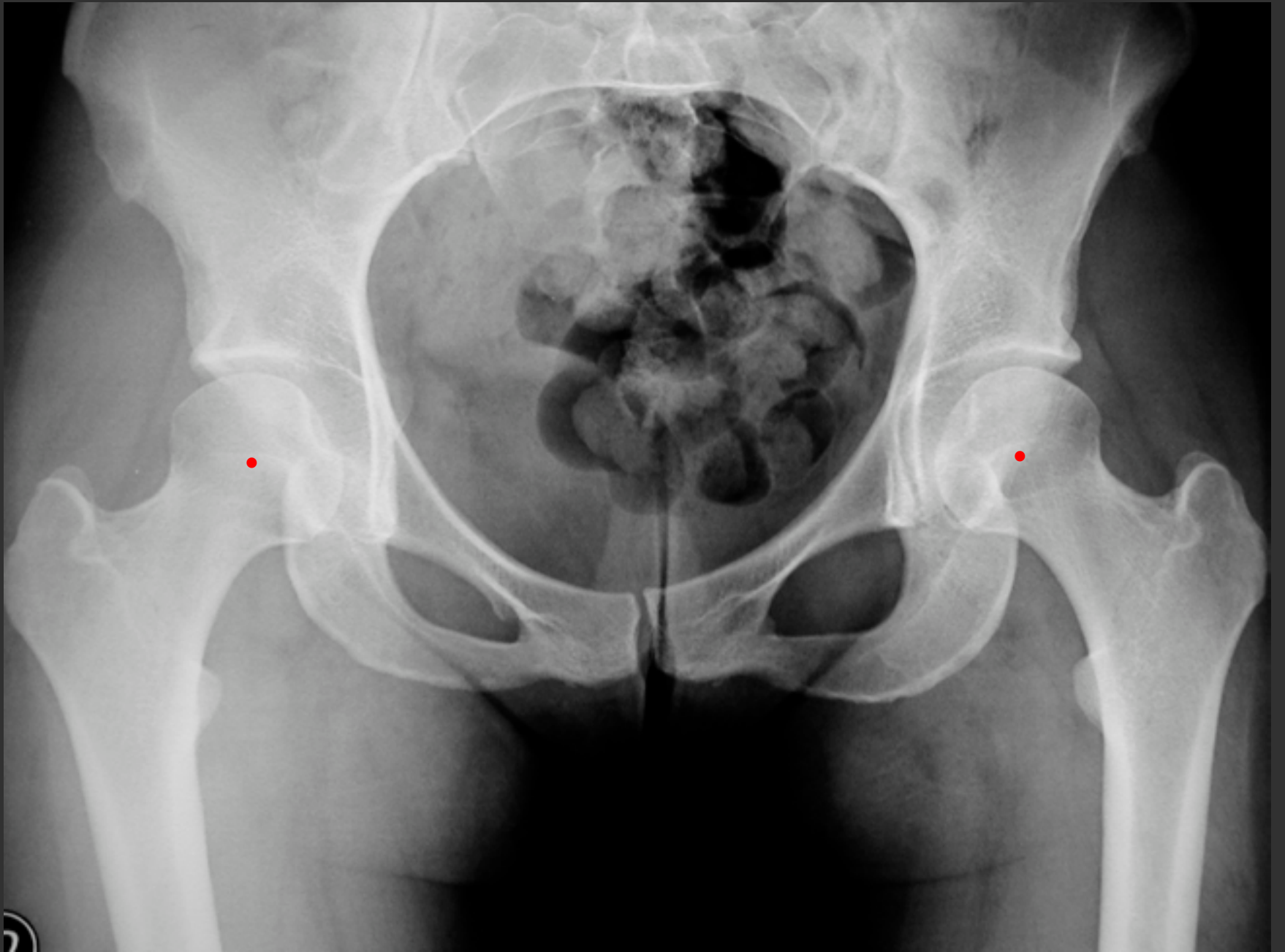


PROTRUSIO ACETABULI

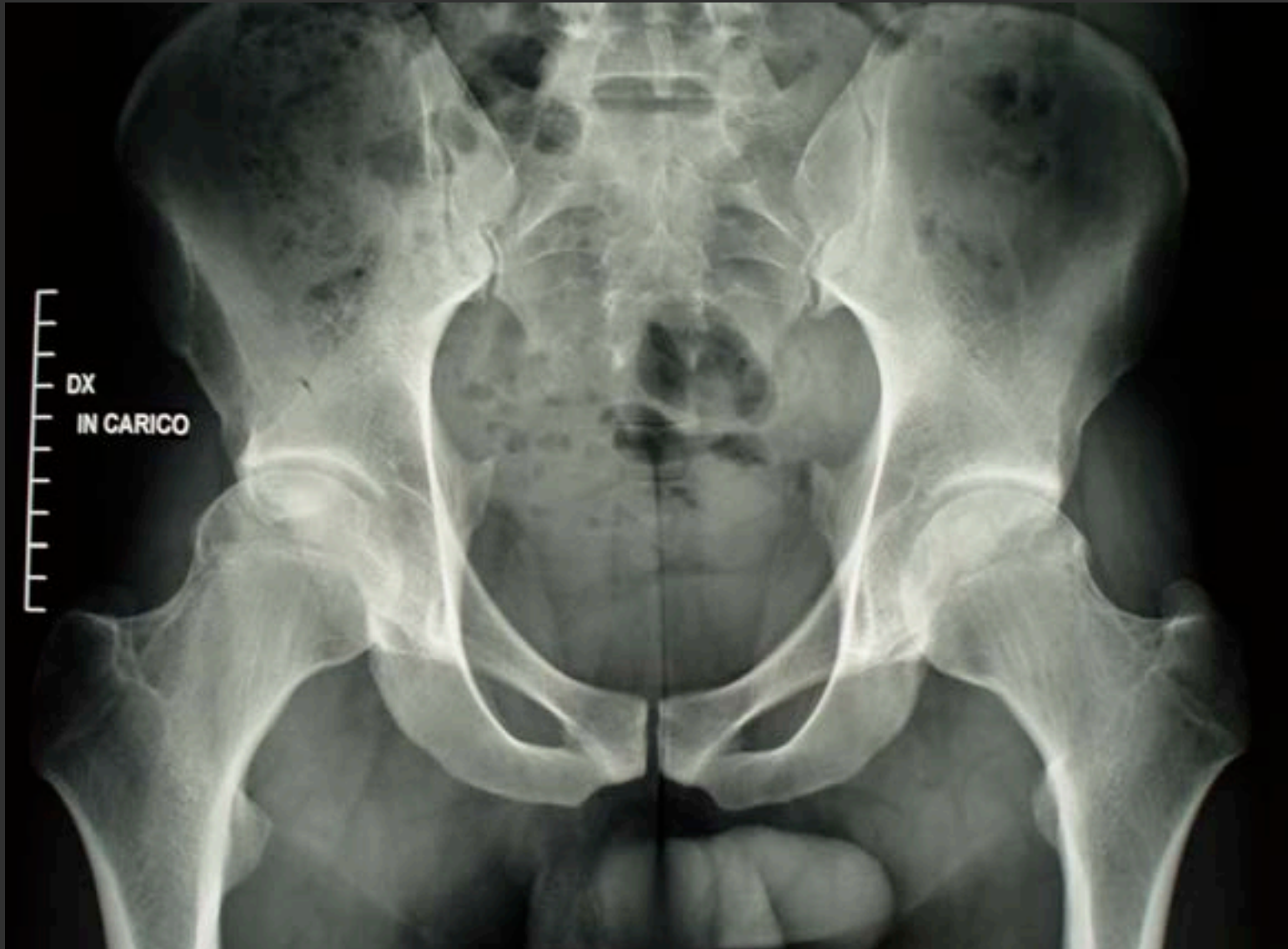
(la testa del femore si sovrappone o è mediale alla linea ileo-ischiatica)





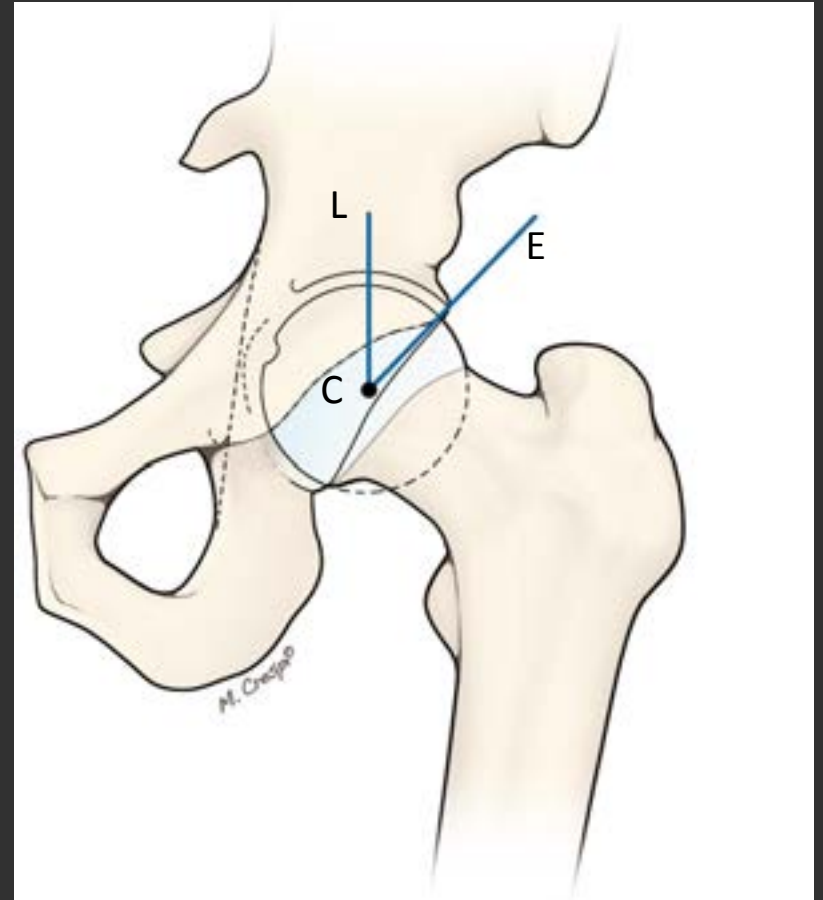


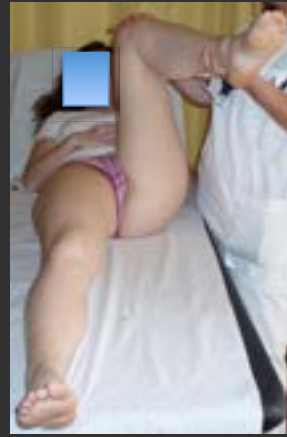
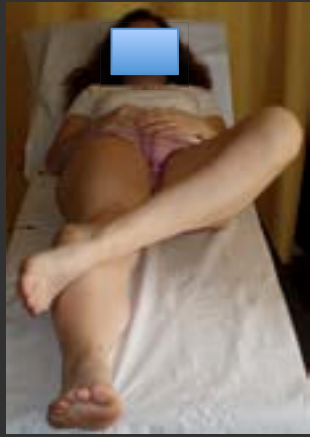
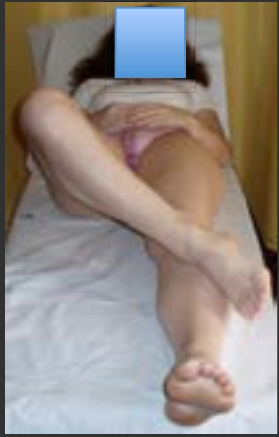
RETROVERSIONE ACETABOLARE



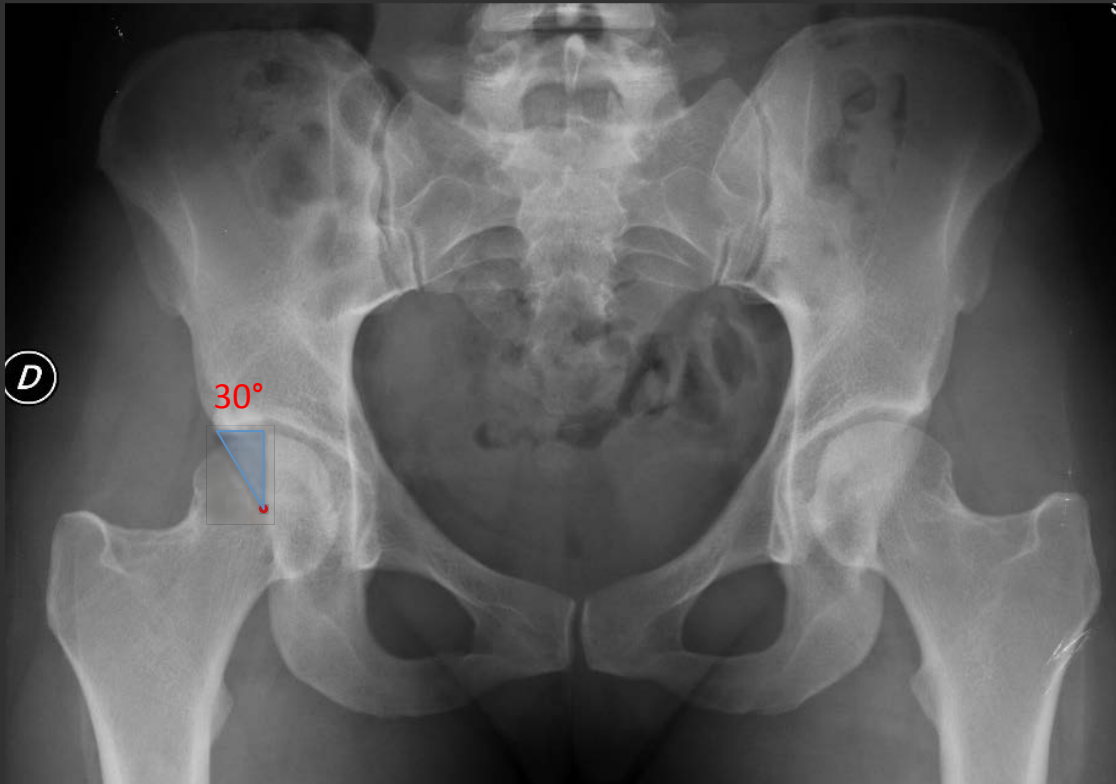
CARATTERISTICHE RADIOLOGICHE

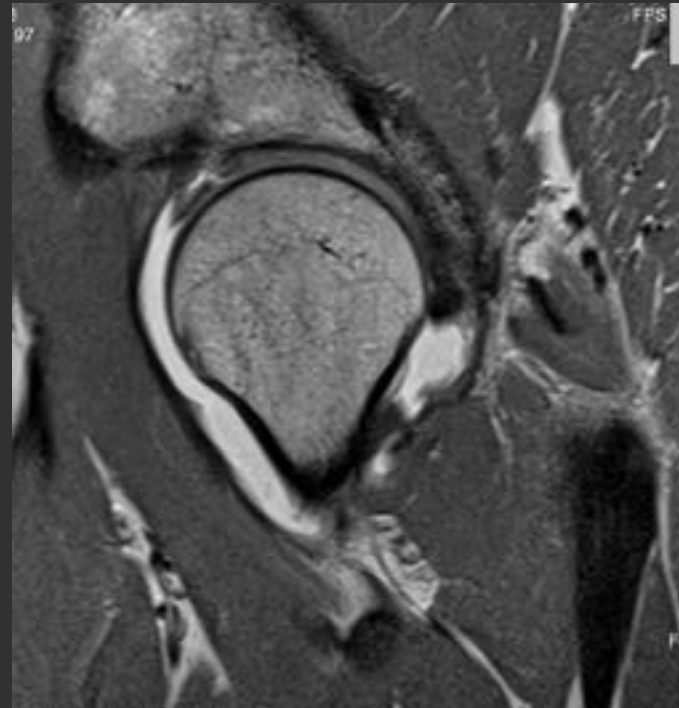
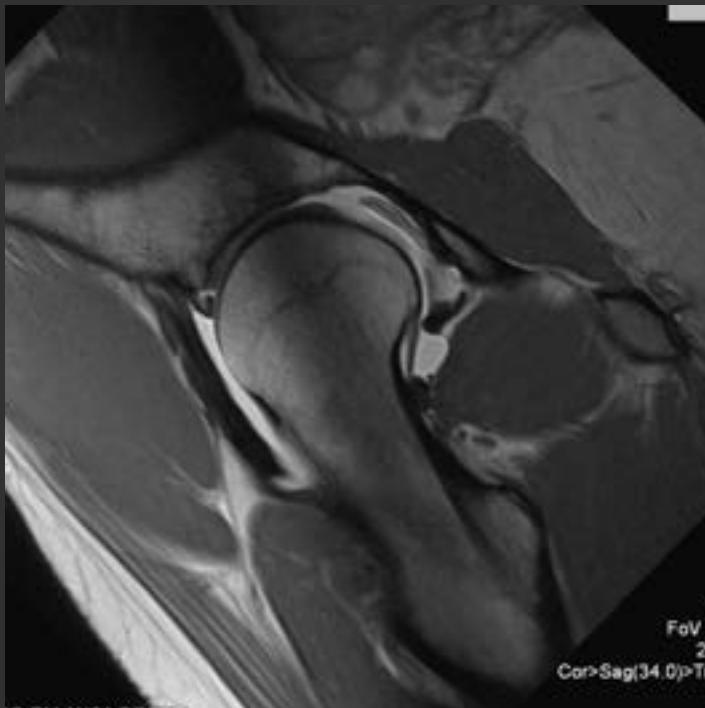
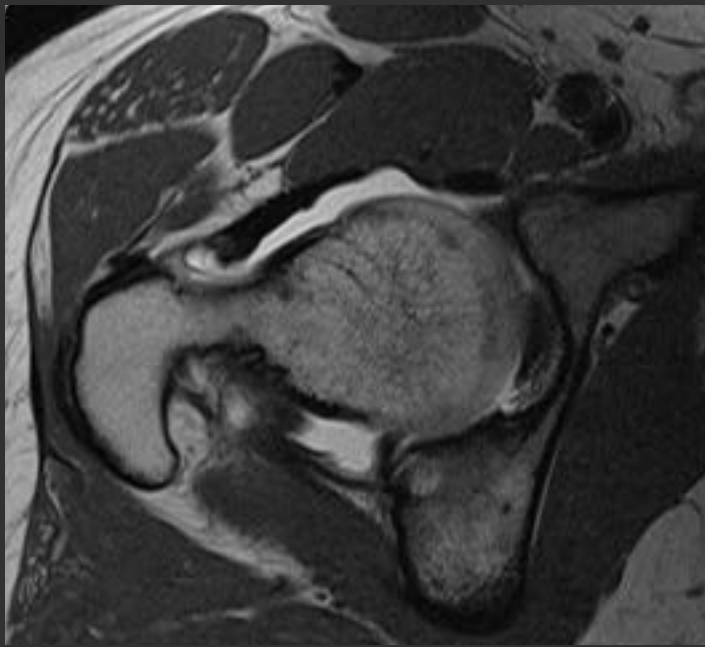
Angolo LCE (25° - 40°)





F.B., 33 aa, pallavolo da 15 anni, coxalgia dx da 7 mesi

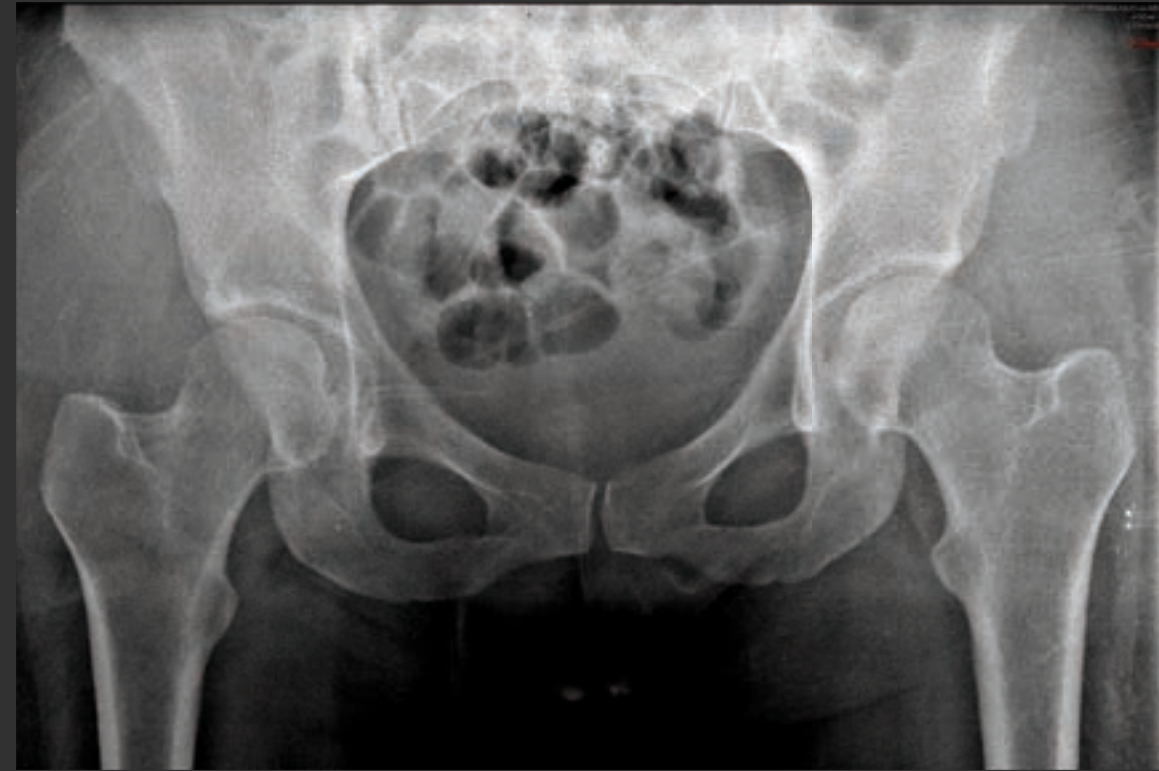






Anca destra

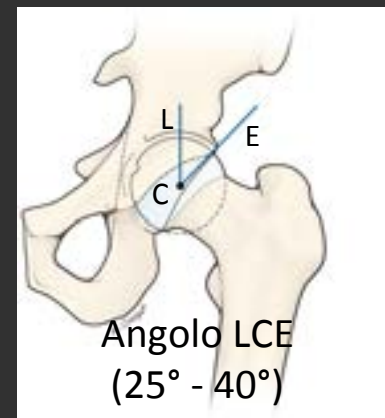
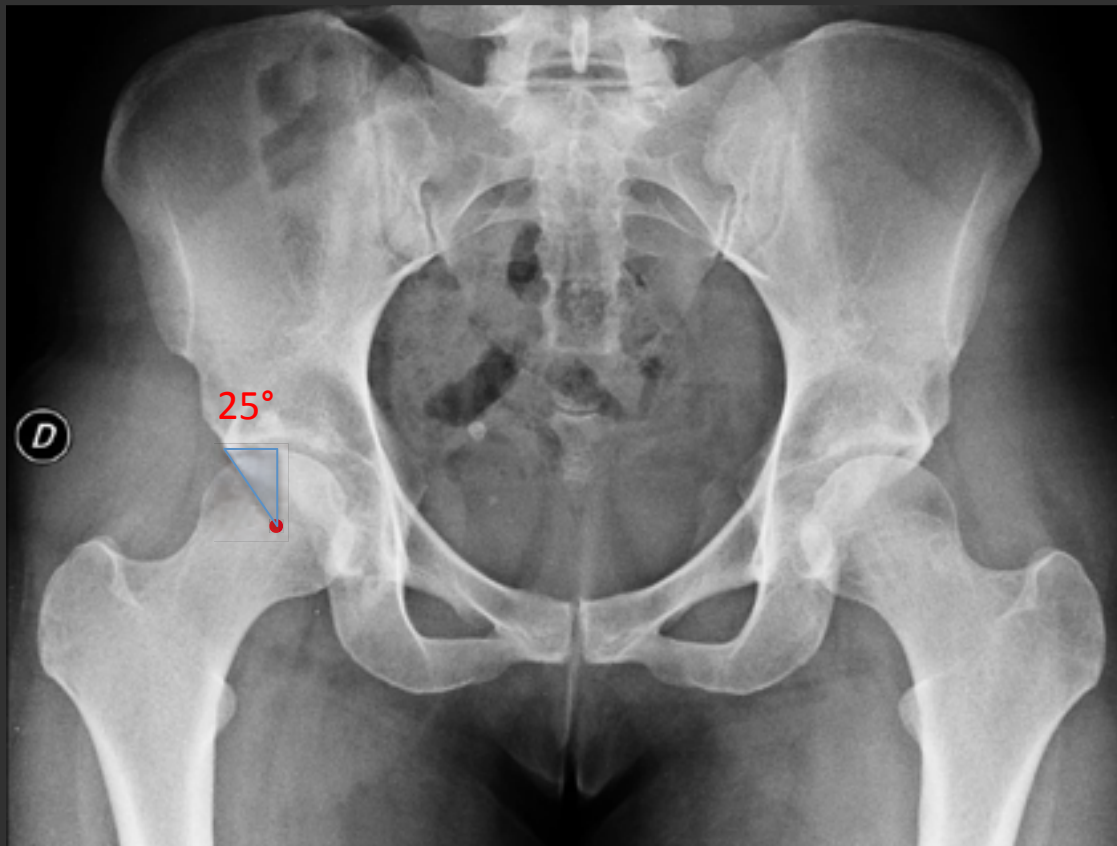
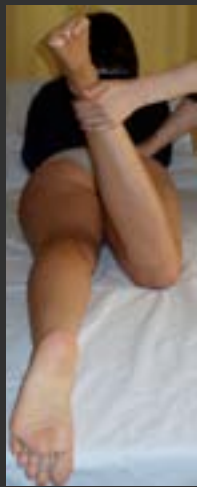
Post-op

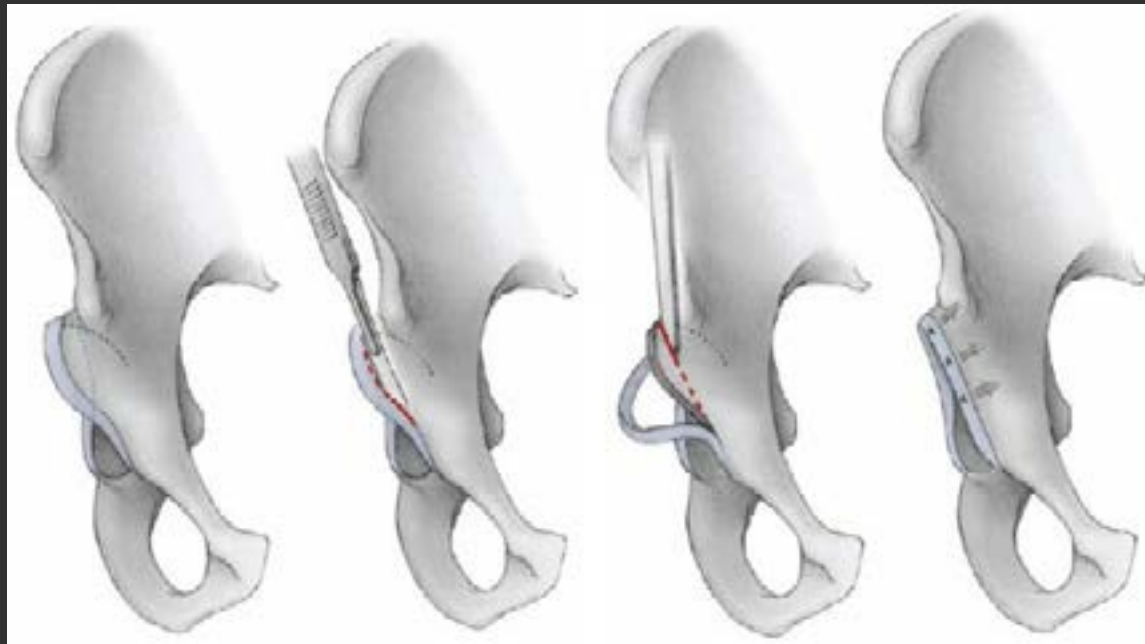




24 aa, nuoto da 5 aa. almeno 2 volte a settimana. Coxalgia dx da 1 anno. Dolore in massima flessione-intrarotazione-adduzione. Ai gradi estremi dolore anche a sinistra.







Case Report

**Acute Iatrogenic Dislocation Following Hip Impingement
Arthroscopic Surgery**

Dean K. Matsuda, M.D.

Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery, Vol 25, No 4 (April), 2009: pp 400-404

Case Report

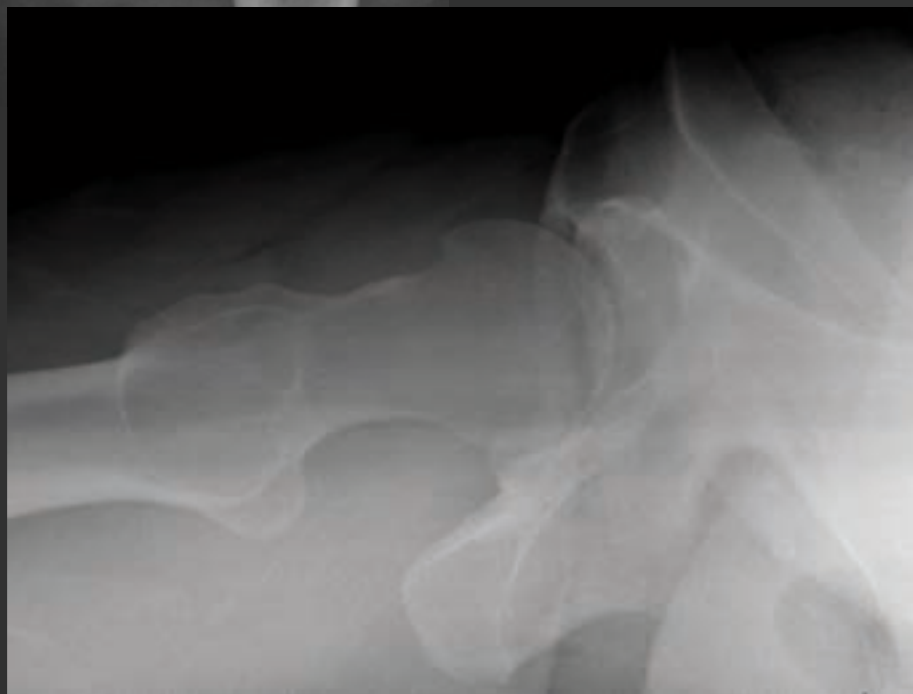
Hip Subluxation as a Complication of Arthroscopic Debridement

Youssef Benali, M.D., and Bernd D. Katthagen, Ph.D.

Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery, Vol 25, No 4 (April), 2009: pp 405-407



Anca destra



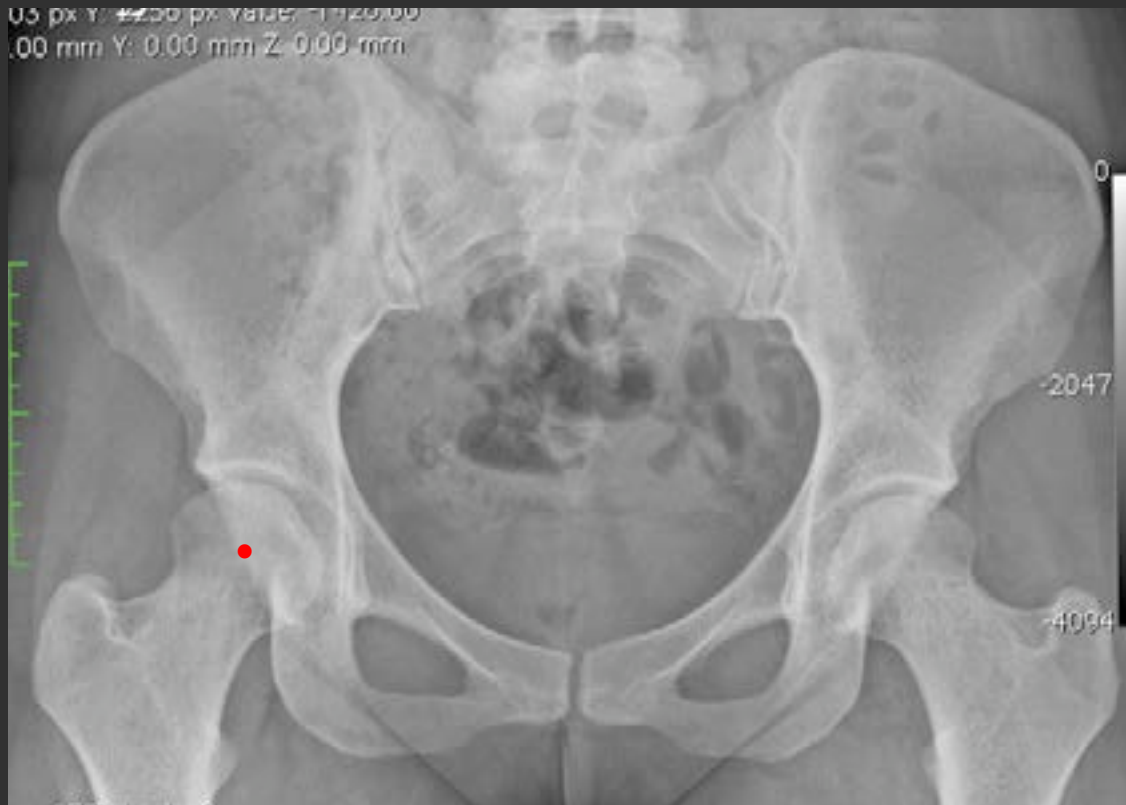


Pre-op



Post-op

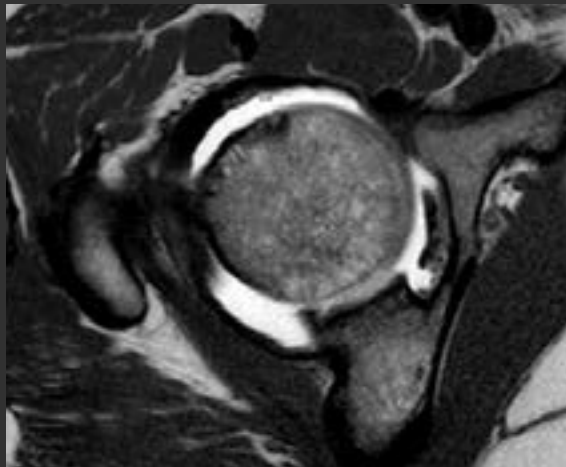
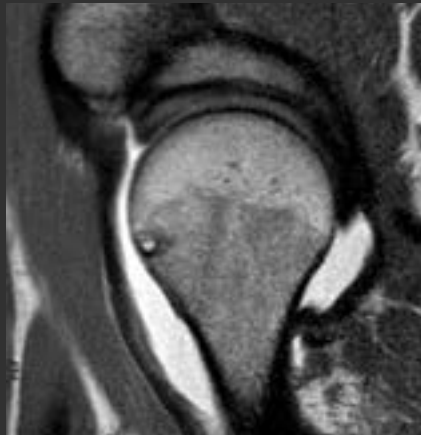
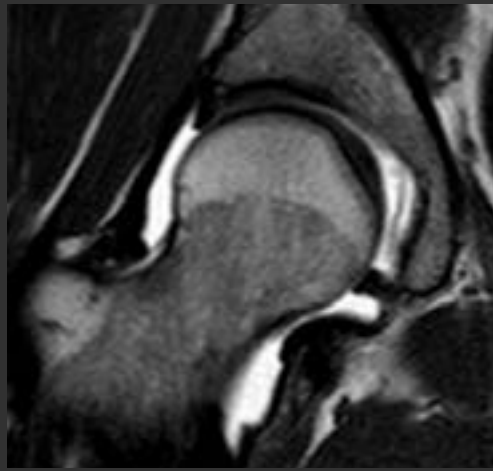
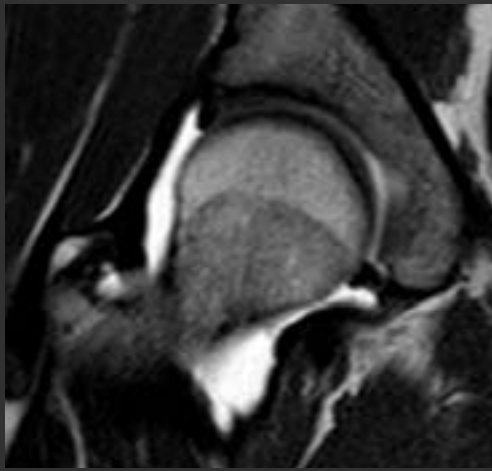
RETROVERSIONE FEMORALE



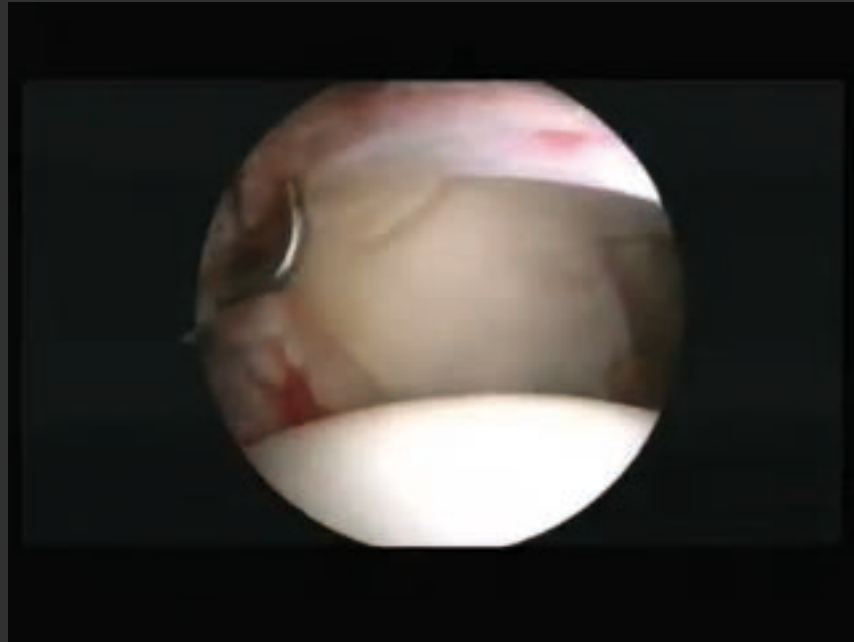
S.S., donna 26 anni. Da 13 anni gioca a pallavolo con episodi di pubalgia. Coxalgiia destra da 2 anni peggiorata di recente.



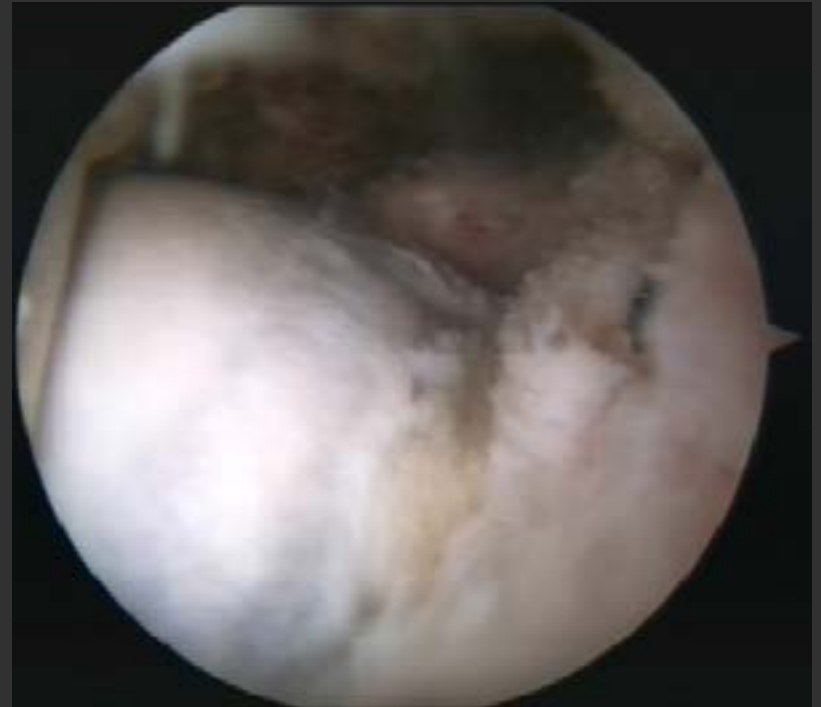
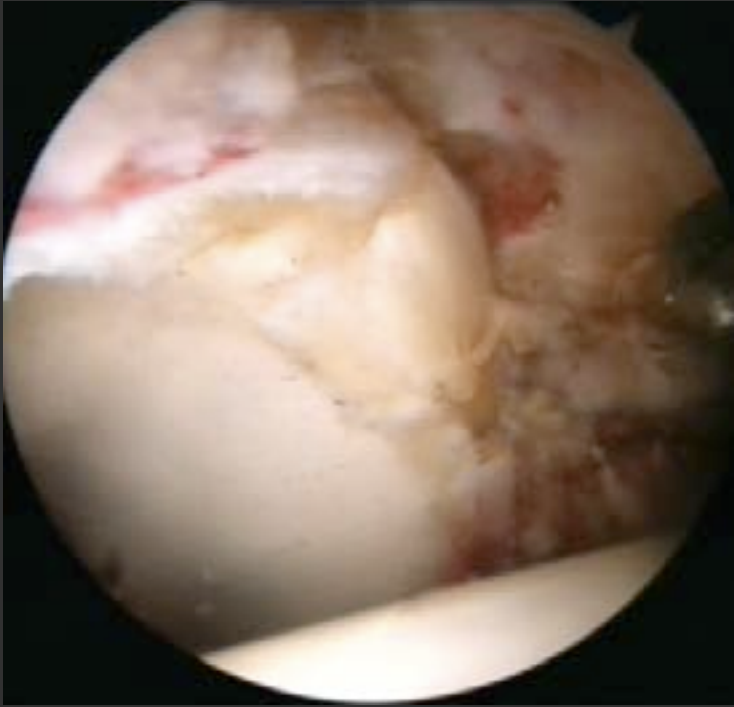
S.S., donna 26 anni. Dolore in flessione-adduzione-intrarotazione. Faber doloroso a dx, extra-rotazione in decubito prono limitata e dolorosa

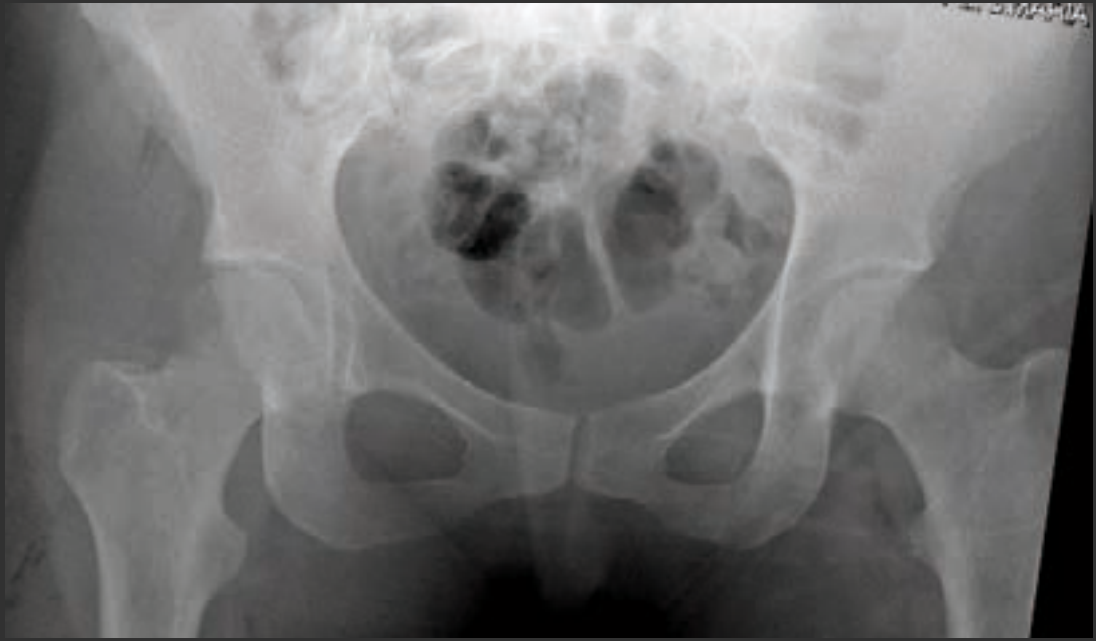


Anca destra



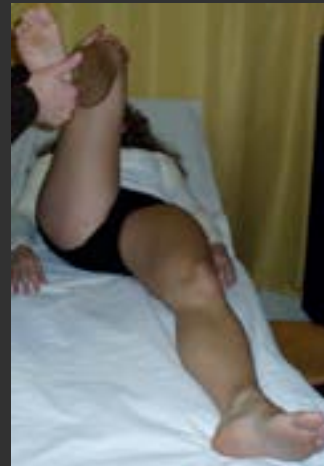
Anca destra





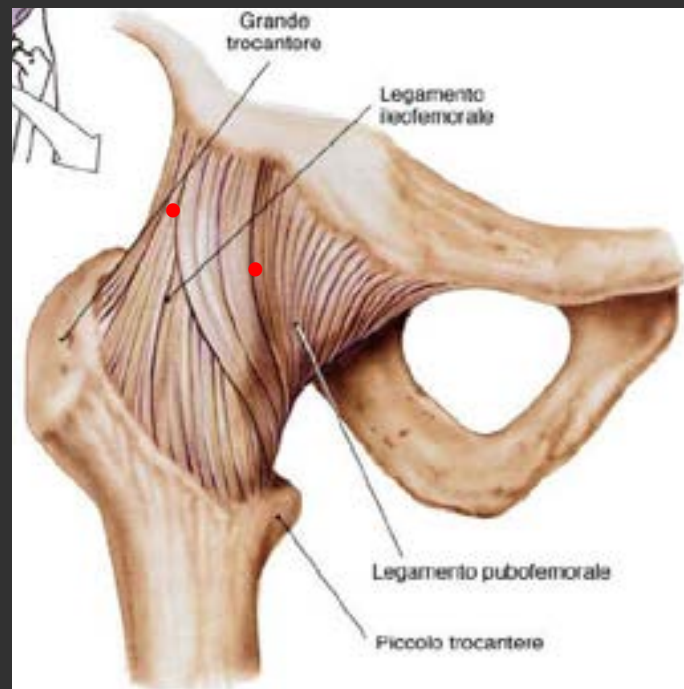
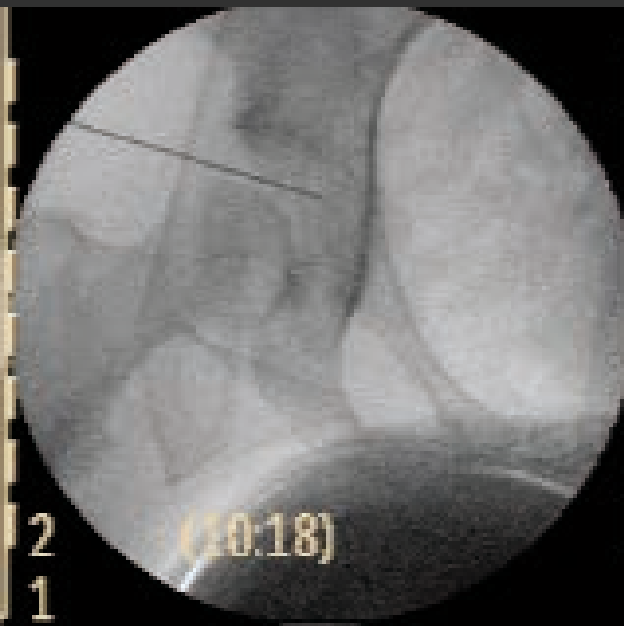
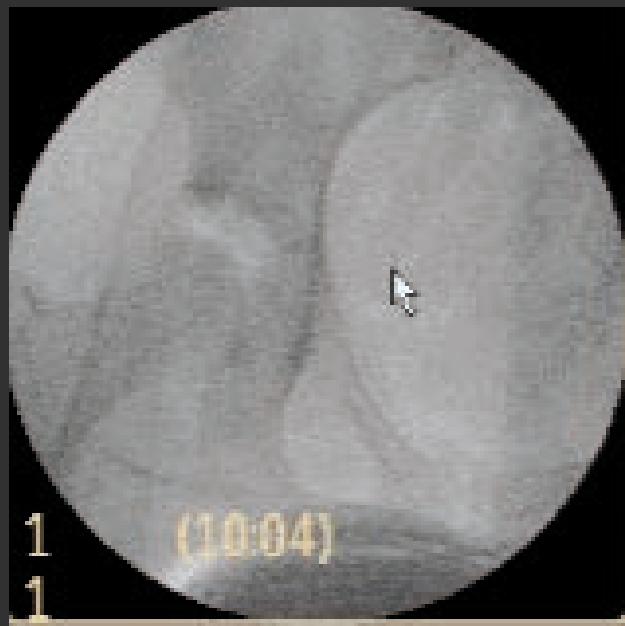
LASSITA' LEGAMENTOSA

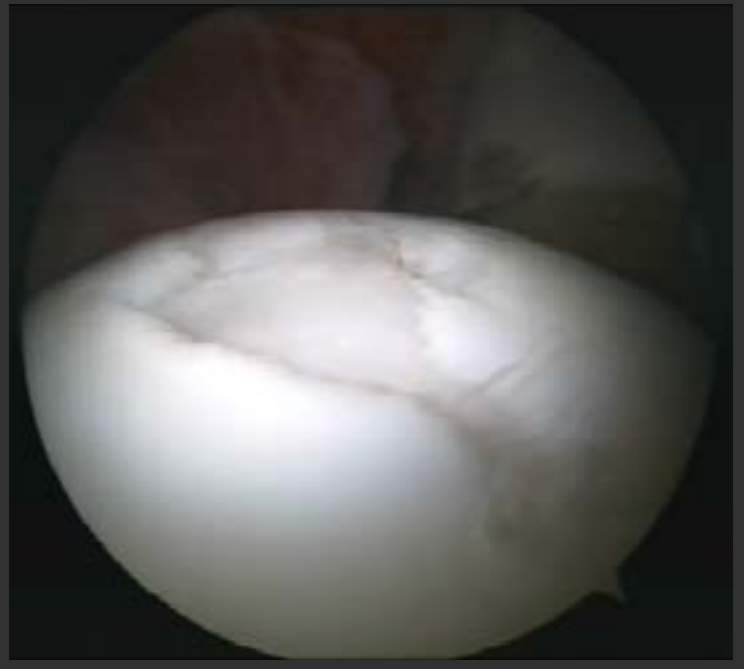
A.R., donna 20 aa, danza da 17 anni. 1 mese fa fitta dolorosa anca dx dopo uno slancio durante un allenamento. Dolore attenuato anche nelle attività quotidiane.















PINCER: *PROGNOSI - RISULTATI*

F.L., donna, 40 anni, arti marziali da 10 aa., coxalgia da 10 aa spec a sinistra, abduzione limitata e dolorosa







5 mesi post-op. Molto soddisfatta. Migliorata l'articolarià. Ha ripreso lo sport: arti marziali (anche i calci). Non ha dolore. Vuole fare l'altra anca che nel frattempo è peggiorata.

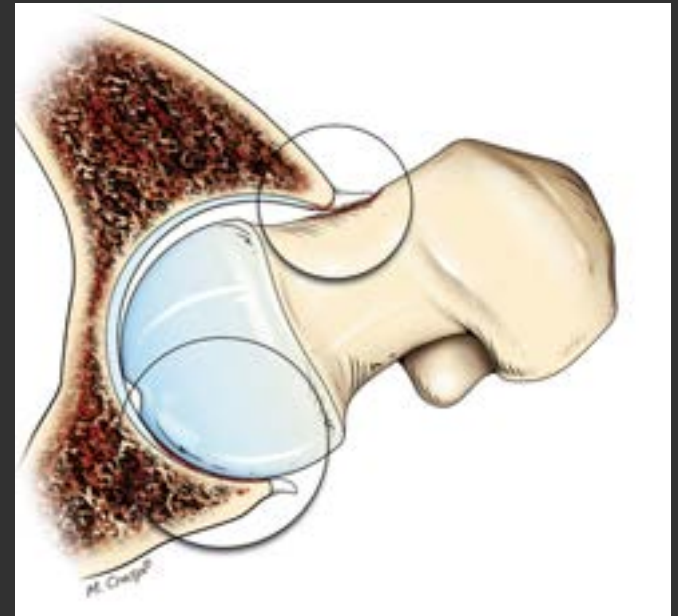


PRE-OP

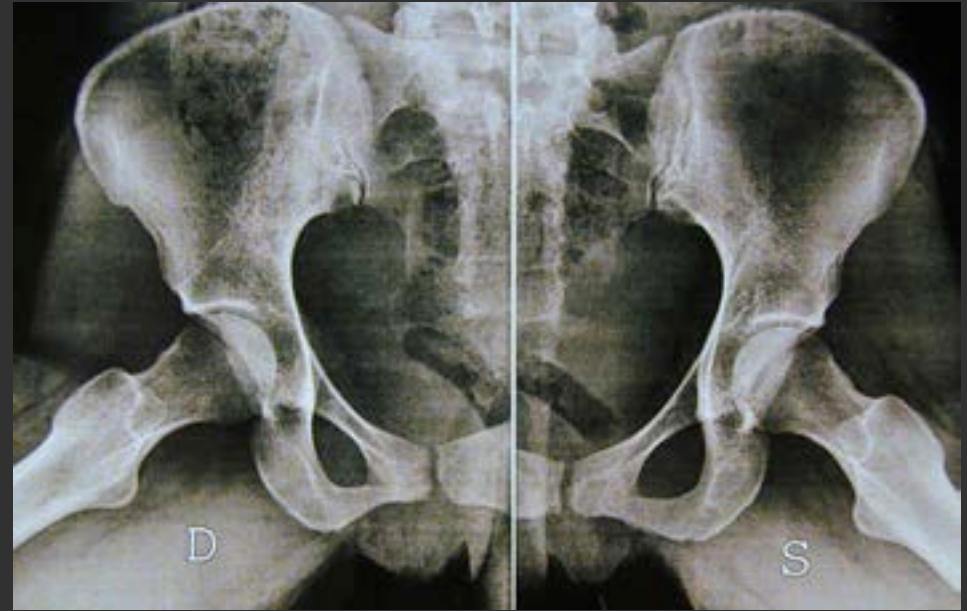


PINCER: *PROGNOSI - RISULTATI*

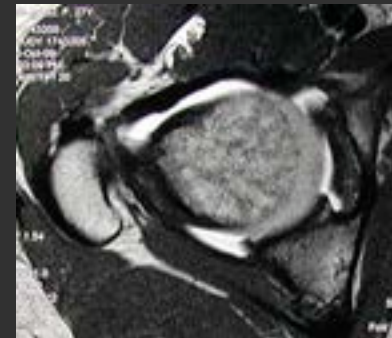
- La degenerazione cartilaginea è tardiva (contre-coup) e non interessa l'area portante articolare
- I risultati della chirurgia possono essere buoni anche se l'intervento non è precoce



CAM: PROGNOSI - RISULTATI



D.C., donna, 27 aa. Danza.
Coxalgia dx da due anni.
Da due mesi dolore anche a sin.



CAM: PROGNOSI - RISULTATI



D.C., donna, 27 aa. Danza. Coxalgia dx
da due anni.

Da due mesi dolore anche a sin.

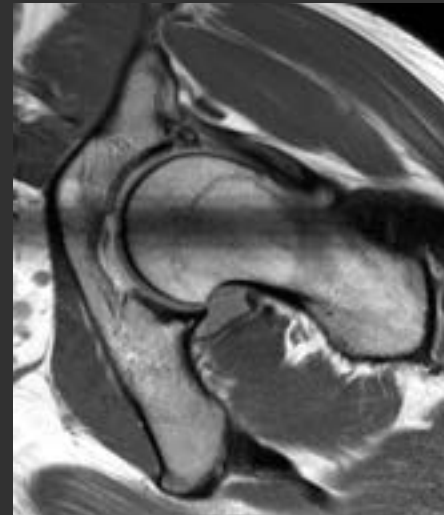
CAM: *PROGNOSI - RISULTATI*



P.A., uomo 20 anni. Arti marziali, ridotta articularità bilaterale, coxalgia bilaterale, specie a sinistra da circa 2 anni.



CAM: *PROGNOSI - RISULTATI*



L.G., uomo 31 aa, insegnante di judo,
anca sinistra



CAM: *PROGNOSI - RISULTATI*

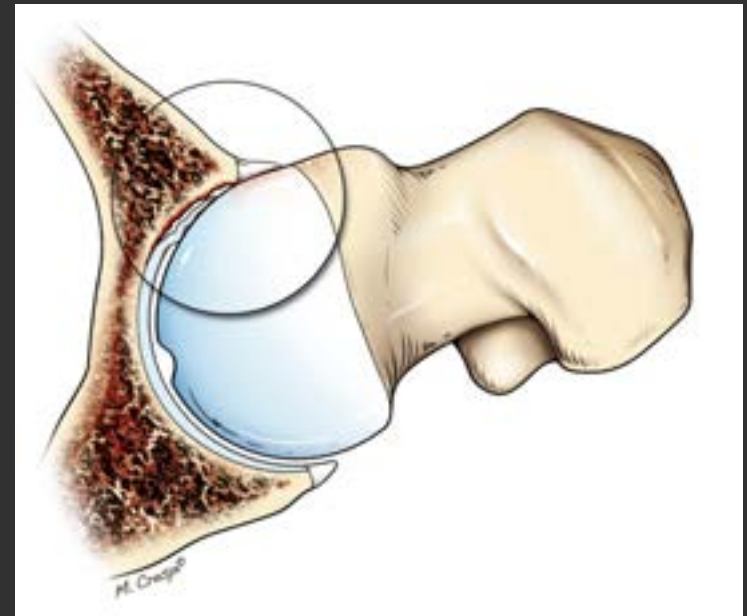


C.L., uomo 37 aa. Calciatore e moto in pista.
Ha sempre avuto articularità ridotta.
Coxalgia bilaterale da 2 anni, più a destra,
che si accentua dopo sforzo e in moto
perchè ha difficoltà a tenere le gambe aperte.

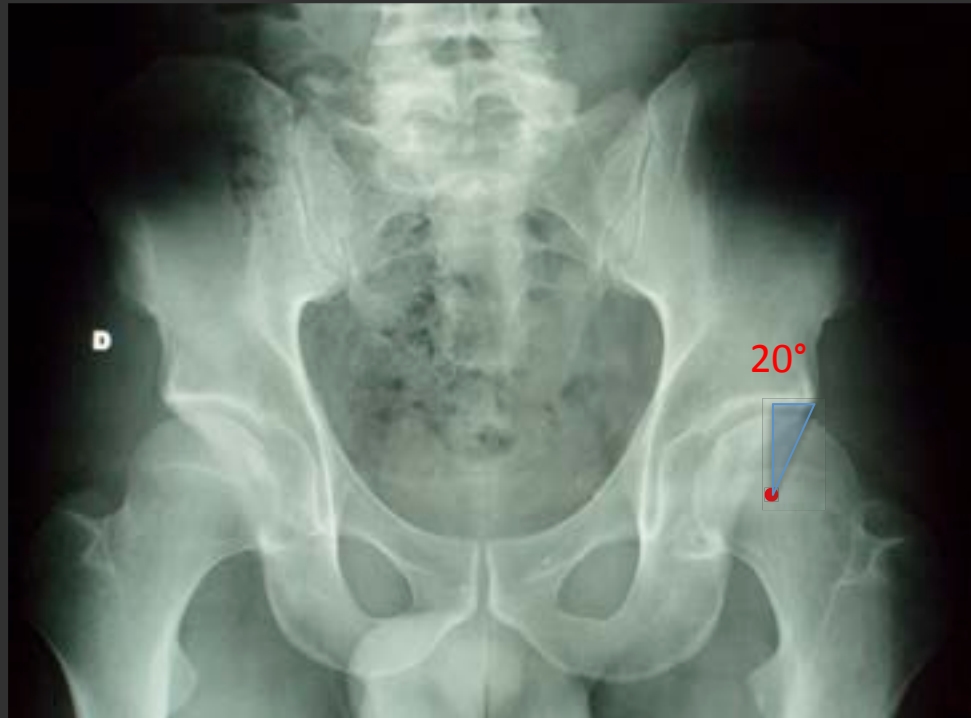


CAM: *PROGNOSI - RISULTATI*

- La degenerazione cartilaginea è precoce e interessa l'area portante dell'acetabolo
- I risultati della chirurgia sono buoni solo se l'intervento è precoce
- Trattamento preventivo nei pazienti asintomatici?



RUOLO ARTROSCOPIA



DRV, 33 aa. Operato da 3 mesi a sinistra in artroscopia in altra sede: microfratture polari superiori cotile + osteocondroplastica femorale. Ha dolore.

CONCLUSIONI

- Il compartimento periferico dell'anca è la sede del FAI
- ... ma anche della capsula e dei legamenti:
 - lassità costituzionale o acquisita
 - rigidità
- Il FAI Pincer può essere articolare, extra-articolare, funzionale o misto.
- Il trattamento chirurgico del FAI deve considerare tutte le “deformità” extrarticolari, in particolare l'ante/retrotorsione femorale

GRAZIE