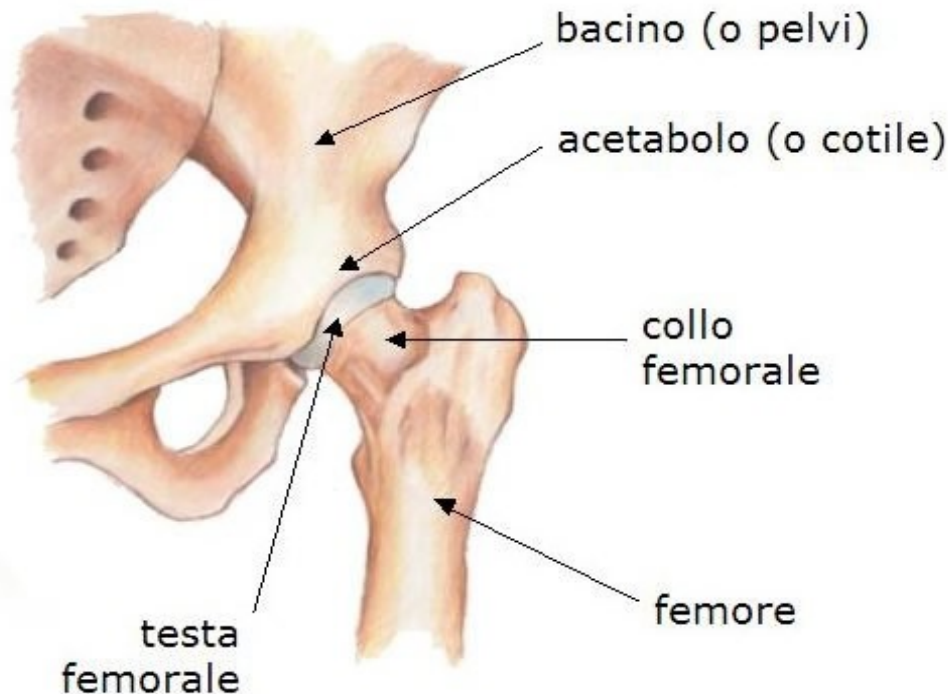


L'anca è l'articolazione che permette al femore di muoversi rispetto al bacino. E' un **giunto sferico**, capace di un'ampia escursione ma, nel contempo, anche di una grande stabilità, grazie al solido incastro della testa femorale nella cavità acetabolare (o cotile) del bacino.



Come tutte le articolazioni portanti, ovvero sottoposte al peso corporeo, è soggetta a **pressioni elevatissime** durante il suo funzionamento. Questo rende indispensabile il mantenimento di una forma perfettamente sferica, di un adeguato rivestimento cartilagineo (spesso in alcuni punti oltre 5 mm), di una generosa lubrificazione. Queste sono alcune delle caratteristiche di un'anca normale.

Quando questo delicato equilibrio entra in crisi, l'anca diventa dolorosa e rigida, portando quasi subito alla claudicazione e a una limitazione dell'autonomia di movimento.

Come si manifestano le malattie dell'anca?

Un'anca ammalata si manifesta essenzialmente in tre modi: **dolore, rigidità e zoppia**, variamente rappresentati a seconda della patologia e del paziente.

Il **dolore** che origina dall'anca, anche detto coxalgia, è localizzato tipicamente all'inguine, talora al gluteo, e non è infrequente la sua irradiazione lungo la coscia fino al ginocchio. Talvolta – è bene ricordarlo – il dolore al ginocchio è l'unico disturbo provocato da una malattia dell'anca.

Il carico e il movimento scatenano il dolore articolare, mentre la palpazione nelle regioni dolenti non è di solito in grado di risvegliare il dolore, poiché l'articolazione è molto profonda e non può essere raggiunta neppure attraverso una digitopressione

particolarmente energica. La coxalgia nell'adulto può essere il campanello d'allarme di una coxartrosi (ovvero l'artrosi dell'anca), di un conflitto femoro-acetabolare, di una necrosi cefalica.

Quando la palpazione permette di identificare dei punti di dolorabilità (in genere in corrispondenza di protuberanze ossee quali il grande trocantere), l'anca verosimilmente non è ammalata, mentre possono esserlo i tessuti molli circostanti (tendiniti e borsiti). Il dolore posteriore alto, infine, compreso tra la natica e la zona lombare, è più spesso espressione di una patologia della colonna vertebrale o dell'articolazione sacroiliaca, piuttosto che dell'anca in senso stretto.

La **rigidità**, ovvero la limitazione del movimento, è un disturbo tipico e piuttosto invalidante. Poiché in genere il primo movimento che viene compromesso è la flessione, le affezioni dell'anca rendono difficoltoso indossare calze e scarpe.

Nelle fasi più avanzate, può comparire una rigidità in extrarotazione, che induce il paziente a camminare con la punta del piede "in fuori".

La **zoppia** è presente ogniqualvolta si avverte un dolore nella deambulazione. Non deve dunque preoccupare, poiché è solo un meccanismo di protezione che il nostro corpo mette in atto per ridurre al minimo le sollecitazioni dolorose. Sebbene molte siano le varianti di questo segno clinico, la più comune è la cosiddetta "zoppia di fuga", provocata dal tentativo di abbreviare l'appoggio sull'arto ammalato (fuga dall'appoggio). Il ciclo del passo diventa così "asimmetrico", poiché la fase di appoggio da un lato è più breve che dall'altro.

Quali indagini sono utili alla diagnosi?

La **radiografia frontale del bacino** associata alla **radiografia assiale dell'anca dolente** è il primo e spesso unico esame strumentale in grado di aiutare lo specialista a formulare la diagnosi. E' importante che la proiezione frontale sia di tutto il bacino, e non solo dell'anca, per permettere un giudizio comparativo e per garantire l'ottimale focalizzazione dei raggi X. Se il vostro medico di base sospetta che abbiate una malattia dell'anca, giungere alla visita specialistica con una radiografia già correttamente eseguita vi permetterà di abbreviare il cammino verso il trattamento e quindi la guarigione. Indagini ulteriori, come la TAC, la Risonanza Magnetica e l'ecografia sono costose e, come nel caso della TAC, possono comportare un'irradiazione considerevole. La loro prescrizione deve essere lasciata all'ortopedico, qualora le ritenesse opportune.

Che cos'è la coxartrosi?

L'artrosi dell'anca, o coxartrosi, è la più comune malattia che possa colpire l'anca dell'adulto. E' una **malattia cronico-degenerativa**, che si instaura progressivamente e conduce ad una disabilità crescente nell'arco di alcuni anni.

Può essere grossolanamente definita una sorta di "usura" dei capi articolari, nella quale lo strato di cartilagine che riveste la testa del femore e la cavità acetabolare si assottiglia progressivamente fino ad esporre l'osso sottostante. Questo reagisce addensandosi e producendo escrescenze periferiche appuntite, gli osteofiti.

Nelle fasi più avanzate della malattia la capsula articolare si ispessisce e i muscoli si retraggono fino a determinare le deformità che caratterizzano le coxartrosi di vecchia data: anche semiflesse, rigide, ruotate all'esterno.

Chi ne è colpito?

La coxartrosi è una patologia tipica dell'età avanzata (oltre i 60 anni), soprattutto nelle sue forme primarie (ovvero a causa ignota), che dimostrano peraltro una certa predilezione per il sesso maschile.

Se si considerano le forme secondarie, cioè conseguenti ad una patologia pre-esistente, l'età media di insorgenza si abbassa a 35-40 anni e si osserva, almeno nel nostro paese, una prevalenza femminile legata alla forte incidenza della displasia dell'anca.

Quali sono le cause?

La **coxartrosi primitiva** è una condizione di cui non è nota la causa determinante. L'ambito delle coxartrosi primitive è destinato inevitabilmente a restringersi con il progredire della conoscenza della malattia. Oggigiorno, a differenza di quanto accadeva dieci anni fa, solo poche coxartrosi si possono ancora definire primitive.

La **coxartrosi secondaria** dipende quasi sempre da disordini locali (esiti di frattura, nerosi avascolare della testa, displasia dell'anca, impingement femoro-acetabolare, esiti di malattia di Perthes, malattia di Paget...), raramente da disordini sistemici (morbo di Cushing, assunzione protratta di corticosteroidi, malattie dismetaboliche).

Come si manifesta?

Il paziente coxartrosico presenta un dolore tipico (**coxalgia**), localizzato in sede inguinale e talvolta in sede glutea. E' frequente l'irradiazione del dolore lungo la faccia anteriore della coscia fino al ginocchio. Poiché l'origine del dolore è essenzialmente meccanica, questo è provocato dalla deambulazione e dal movimento articolare in genere, mentre viene alleviato dal riposo.

Il dolore indotto dal carico determina una **claudicazione di fuga**: in altre parole, il paziente tende a caricare poco sull'arto dolente, accorciando la fase di appoggio sul piede corrispondente.

Il dolore indotto dal movimento provoca per via riflessa la contrattura della muscolatura circostante, soprattutto dei muscoli extrarotatori. Si osserva dunque una limitazione precoce della rotazione interna (ovvero il paziente non riesce più a ruotare la punta dei piedi "all'indietro") e, più tardivamente, anche degli altri movimenti, fino al punto in cui semplici gesti come calzare una scarpa diventano impossibili.

Negli stadi più avanzati la consunzione del rivestimento cartilagineo dei capi articolari può generare accorciamenti significativi dell'arto interessato, fino ad oltre 1 centimetro.

Quali esami sono utili?

La diagnosi di coxartrosi (e soprattutto la sua classificazione) è squisitamente radiologica. E' sufficiente una **radiografia nelle due proiezioni standard** (anteroposteriore di bacino e assiale d'anca) per evidenziare i quattro segni radiologici fondamentali dell'artrosi: riduzione della rima articolare, addensamento dell'osso subcondrale, geodi (ovvero cavitazioni dell'osso) e osteofiti.

Di seguito potete vedere la radiografia antero-posteriore (ovvero frontale) di un'anca sana e quella di un'anca artrosica.





Come si cura?

Il trattamento più efficace è chirurgico ed è rappresentato dalla **protesi d'anca**, che costituisce l'unica reale soluzione nelle forme avanzate, caratterizzate da una riduzione della qualità della vita e dall'uso frequente di analgesici.

La **TERAPIA FARMACOLOGICA** è essenzialmente palliativa e dovrebbe essere impiegata, in modo possibilmente ciclico e non continuativo, per alleviare il dolore e migliorare il confort quotidiano. La categoria farmacologia fondamentale è rappresentata dagli antiinfiammatori/antidolorifici, mentre alcuni integratori dedicati (preparati a base di glucosamine e composti analoghi) potrebbero avere un effetto benefico nel rallentare la degenerazione del tessuto cartilagineo, ma non vi sono ancora studi adeguati che confermino questa ipotesi.

In questa sede, profonda e difficilmente raggiungibile per via topica, la somministrazione sistemica dei farmaci appare essere la più agevole ed efficace.

TERAPIA INFILTRATIVA : CORTISONE-ACIDO IALURONICO-FATTORI DI CRESCITA " CELLULE STAMINALI" ; Le infiltrazioni a livello dell'articolazione dell'anca vengono oramai eseguite sotto guida ecografica poiché questa tecnica garantisce una maggiore precisione. I farmaci usati sono gli steroidi cioè i cortisonici (in fase acuta) il collagene e acido ialuronico come mantenimento. Seguendo le corrette indicazioni sono indubbiamente efficaci. L'infiltrazione ecoguidata di cellule "staminali" ossia di cellule mesenchimali derivate dal sangue midollare prelevato dell'ala iliaca o dal tessuto adiposo dell'addome con una piccola anestesia locale, rappresentano oggi una metodica biologica efficace ed una valida alternativa alla protesi in casi selezionati. Si tratta di una procedura ambulatoriale che viene eseguita in sala

operatoria poiché solo in tale sede viene garantita la sterilità della procedura e la massima sicurezza del paziente il quale viene seguito e monitorizzato dal personale specializzato e dall'anestesista. La procedura richiede poche ore di ricovero ed il/la paziente può deambulare immediatamente.

Data la profondità dell'articolazione coxo-femorale, le comuni **terapie fisiche** (laser, ultrasuoni, elettroforesi...) risultano in genere inefficaci. Maggiori possibilità di successo (sia pure temporaneo) sono date dalla radarterapia e dall'elettroterapia, soprattutto nei pazienti magri.

Nei soggetti obesi od in sovrappeso il **calo ponderale** può dare beneficio e può prevedibilmente rallentare l'evoluzione del danno articolare, mentre un moderato **esercizio fisico** in assenza di carico (nuoto, bicicletta) permette di conservare più a lungo la mobilità e il trofismo muscolare, ritardando la comparsa di rigidità. Ovviamente le attività fisiche in carico, come il jogging, e tutti gli sport di contatto sono da evitare, poiché potrebbero accelerare la progressione del danno cartilagineo.