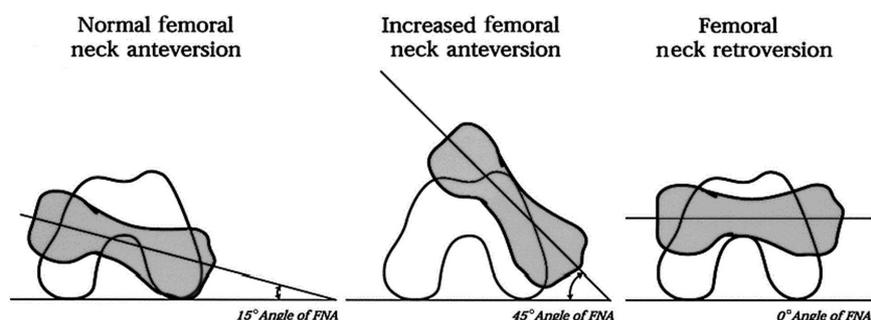


Antiversione femorale alta

L'antiversione femorale è la rotazione in avanti del collo del femore all'articolazione dell'anca rispetto alla superficie posteriore del femore all'articolazione del ginocchio.



Si tratta quindi di una torsione del femore in sé. Nell'infanzia, questa rotazione in avanti ammonta a circa 35°; durante la crescita questa antiversione si normalizza mediante un processo che viene definito «derotazione fisiologica» e che termina all'età di circa 12 anni, quando il valore normale di antiversione raggiunto rispecchia circa 15° in media (range normale: 10° – 25°).

Cause

Non si conosce la causa precisa per i casi di assenza di derotazione fisiologica nel bambino sano. Si deve presumere che si tratti di un disturbo della crescita con predisposizione genetica o familiare.

Occasionalmente, un disturbo neurologico sottostante non riconosciuto, principalmente una lieve paralisi cerebrale, è responsabile della mancata correzione della crescita. Occasionalmente, l'aumento unilaterale della rotazione in avanti del femore può essere il risultato del trattamento di una frattura.

Conseguenze dell'antiversione femorale alta

Se l'antiversione femorale alta rimane, questo porta principalmente ad un'andatura verso l'interno con gli assi del ginocchio e del piede ruotati internamente («kneeing-in» e «toeing-in»).

Questo perché l'antiversione femorale alta provoca un'accentuata rotazione interna e allo stesso tempo una capacità di rotazione esterna largamente assente all'articolazione dell'anca. I bambini con un'antiversione femorale alta non sono quindi in grado di sedersi normalmente a gambe incrociate e quindi siedono sul pavimento nella posizione seduta «Naiadensitz» (vedi figura 1).



Di solito un'antiversione femorale alta è anche accompagnata da una iperlordosi lombare a causa di una situazione di conflitto tra il collo femorale e le parti posteriori dell'articolazione dell'anca, il cosiddetto impingement dorsale.

Inoltre, un modello di andatura «ondeggiante» può svilupparsi a causa delle cattive condizioni di leva per i muscoli glutei.

Il problema difficilmente porta al dolore in età inferiore ai 10 anni; ad un'età superiore può portare a dolori lombari oppure (come risultato del lavoro insufficiente dei muscoli glutei) al cosiddetto dolore funzionale sul lato esterno della coscia, partendo dall'anca fino all'articolazione del ginocchio.

Raramente può verificarsi anche uno «schiocco» di quella struttura muscolo-tendinea che si estende dal bacino all'articolazione del ginocchio passando sopra il grande trocantere (che è la parte ossea dell'articolazione dell'anca che è completamente all'esterno), costituita dal muscolo tensore della fascia lata e dal tratto ileo-tibiale. Questo fenomeno è chiamato *tractus iliotibialis saltans*.

Solo in casi isolati si può osservare che l'instabilità dell'articolazione dell'anca si verifica in direzione anteriore. In questo caso, il dolore all'inguine si verifica principalmente quando si sta sdraiati con le gambe estese e girate verso l'esterno.

Come viene eseguita la valutazione?

Clinicamente, come già detto, c'è un'andatura con i piedi rivolti verso l'interno ed un'ottima capacità di rotazione interna delle articolazioni dell'anca (vedi Figura 2). L'antiversione femorale può essere misurata clinicamente solo in maniera approssimativa.

Al giorno d'oggi il rilevamento effettivo di un'eccessiva rotazione in avanti del femore viene fatto tramite la risonanza magnetica, che permette una determinazione abbastanza accurata basata sul confronto della posizione del collo femorale con quella della superficie posteriore dell'articolazione del ginocchio. Occasionalmente viene anche eseguita un'analisi dell'andatura per mostrare l'effetto dell'antiversione femorale alta sul modello dell'andatura.

Quali sono i trattamenti possibili?

Non esiste alcuna possibilità di correggere l'antiversione femorale in maniera conservativa. Una diminuzione della derotazione femorale tramite fisioterapia o trattamenti analoghi è impossibile. Secondo il nostro punto di vista sono inutili anche protocolli di attivazione dei muscoli extrarotatori dell'anca e della gamba come, ad esempio, il pattinaggio in linea. L'unica opzione possibile nonché necessaria per la correzione della torsione femorale è la chirurgia.



In quali casi si rende necessario il trattamento chirurgico?

Di regola, la chirurgia correttiva non viene eseguita prima dei 12 anni. Nella maggior parte dei casi si aspetta fino a questa età per permettere lo sviluppo della derotazione fisiologica.

Nel caso in cui sussista ancora una fastidiosa andatura verso l'interno o una fastidiosa iperlordosi lombare, la correzione chirurgica può essere eseguita se il paziente o i genitori del paziente lo desiderano.

Nella Letteratura scientifica viene raccomandato da alcuni autori di eseguire un intervento chirurgico nei casi in cui l'anca abbia una capacità di extrarotazione inferiore a 15°.

Se ci sono disturbi che possono essere attribuiti all'antiversione femorale alta (dolore funzionale nella coscia laterale, dolore lombare, evidenza di un impatto doloroso del femore sull'acetabolo o sull'ischio, dolore all'inguine nel contesto di un'instabilità in senso ventrale) e che non migliorano nonostante la fisioterapia intensiva con stabilizzazione del tronco e dell'asse della gamba, si può anche considerare la chirurgia.

Occasionalmente, un'antiversione femorale alta viene corretta anche se è presente solo da un lato e porta quindi a un disallineamento compensativo del bacino ed, in particolare, della colonna lombare.

In nessun caso si può dire che la correzione dell'antiversione femorale alta sia obbligatoria! Non si tratta di una preartrosi per le grandi articolazioni delle gambe.

Ecco come si svolge l'operazione chirurgica.

In una singola seduta operatoria viene eseguita ad entrambi i femori una cosiddetta osteotomia a rotazione esterna (transezione ossea) del femore. Per permettere la mobilizzazione su stampelle in un'andatura a 4 punti di appoggio, la transezione ossea è stabilizzata con una piastra ad angolo stabile. (vedi foto 3) L'operazione può essere eseguita sotto l'anca o sopra l'articolazione del ginocchio. Di solito viene eseguita qualche centimetro sotto l'articolazione dell'anca.

Cosa fare dopo la chirurgia.

Come già detto, la mobilizzazione su bastoni in andatura a 4 punti è possibile subito dopo l'operazione. Di regola, questa andatura deve essere mantenuta per 6 settimane. Le articolazioni dell'anca e del ginocchio possono essere mosse liberamente durante questo periodo. Dopo 6 settimane, viene effettuato un controllo radiologico, dopo il quale di solito è permesso camminare senza bastoni. Dopo altre 6 settimane e un ulteriore controllo radiografico, le attività sportive possono essere aumentate lentamente. La fisioterapia è importante come parte del trattamento di follow-up. Si tratta principalmente di lavorare sull'uso corretto dei muscoli dei glutei. Spesso ci vuole molto tempo, soprattutto nelle ragazze, prima che questi muscoli siano ricostruiti e funzionino correttamente: come conseguenza di tutto ciò questi pazienti spesso zoppicano per diversi mesi. Anche i genitori devono essere informati di questo. La placca viene di solito rimossa di nuovo dopo 12-18 mesi.