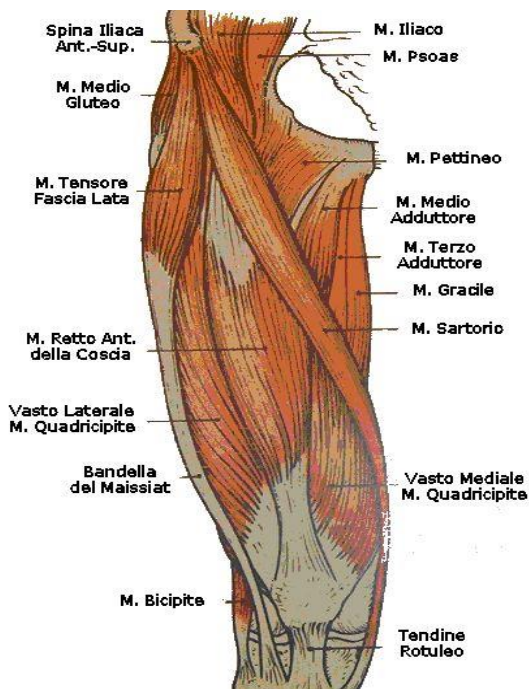


LA PUBALGIA

INTRODUZIONE

Per pubalgia, o meglio sindrome rettoadduttoria, si intende quella patologia dolorosa degli sportivi che si manifesta a livello della zona pubica e\o inguinale. Tale sindrome non è rara in alcune discipline sportive come la pallamano, l'hockey su ghiaccio e prato e gli sport in cui si utilizzano i pattini, lo sci di fondo, il rugby, ma è nel calcio che raggiunge la sua più alta incidenza, proprio perché è in questo sport che si verifica una enorme sollecitazione delle strutture osteotendinee della regione pubica. Quindi quando parliamo di pubalgia non intendiamo una patologia traumatica acuta, bensì di una sindrome da sovraccarico, il cosiddetto "over-use" degli anglosassoni.

A livello dell'osso pubico si inseriscono mediante i loro tendini i muscoli retto dell'addome e grande obliquo, gli adduttori lungo e breve e il muscolo gracile



La pubalgia è una patologia la cui epidemiologia resta poco chiara, soprattutto in ragione della complessità di tipo anatomico della regione pubica e del frequente sovrapporsi, al quadro clinico, di altri tipi di patologia. La pubalgia è divenuta, da patologia tipica dei soli atleti di alto profilo agonistico, un problema sempre più diffuso ad ogni livello sportivo, tanto da interessare attualmente soprattutto gli atleti di livello intermedio, in ragione delle condizioni di pratica spesso non idonee ad una sua prevenzione. In Europa le attività sportive maggiormente a rischio sarebbero rappresentate in primo luogo dal football e, ad un livello minore, dall'hockey, dal rugby e dalla corsa di fondo. In ogni caso nell'ambito del calcio esistono senza dubbio molti gesti tecnici che possono favorire l'insorgenza della patologia: salti, dribbling, contrasti in fase di gioco effettuati in scivolata (e quindi con gamba abdotta e muscolatura adduttrice in tensione), costituiscono indubbiamente dei fattori che causano forti sollecitazioni.

SINTOMI, CLINICA E DIAGNOSI

I dolori causati dalla pubalgia sono **bilaterali** nel 12% dei casi, interessano per il 40% dei casi la **regione adduttoria** e solamente nel 6% dei casi la **zona perineale**. I 2/3 dei pazienti affetti da pubalgia riferiscono un **insorgenza della sintomatologia dolorosa di tipo progressivo**, mentre solamente 1/3 denuncia un **insorgenza brutale**. Il quadro clinico della pubalgia è caratterizzato da una sintomatologia di tipo soggettivo ed obiettivo. I sintomi soggettivi sono identificabili principalmente nel dolore e nell'impotenza funzionale. La sintomatologia dolorosa presenta delle intensità molto variabili, che possono andare dal semplice fastidio, la cui insorgenza è determinata dalle sollecitazioni delle zone anatomiche interessate, sino al dolore acuto di intensità tale da compromettere anche la normale vita di relazione del paziente, in attività quotidiane come la deambulazione, il vestirsi, la salita e la discesa delle scale, arrivando talvolta anche ad impedire il sonno.

L'insorgenza dolorosa può comparire in seguito a gara e/o allenamento, essere già presente prima della prestazione e scomparire durante la fase di riscaldamento, per poi ricomparire nel prosieguo dell'attività. Nei casi estremi la sintomatologia algica impedisce di fatto la prestazione stessa. Il dolore può irradiarsi, estendendosi lungo la muscolatura adduttoria e/o addominale, in direzione del perineo e degli organi genitali, generando, in tal modo, dei possibili errori diagnostici. L'impotenza funzionale è ovviamente direttamente correlata con l'intensità della sintomatologia dolorosa. Dal punto di vista oggettivo, il paziente lamenta dolore alla palpazione ed allo stiramento contro resistenza; inoltre, in quest'ambito, riveste una grande importanza l'osservazione di come il paziente si muova, cammini e si spogli. Per ciò che riguarda la diagnostica per immagini, è sempre consigliabile effettuare un esame radiografico del bacino che evidenzia la situazione della sinfisi pubica, in modo tale da poter verificare la presenza di eventuali erosioni, dismetrie della branche pubiche, presenza di artrosi (frequente anche in soggetti giovani). L'esame d'elezione si dimostra comunque la RM, che può dare informazioni dettagliate sia sulla situazione ossea, che sulle strutture inserzionali. Anche l'ecografia, soprattutto se effettuata in dinamica, è in grado di evidenziare zone di edema flogistico, ematomi (in caso di lacerazioni muscolo-tendinee), zone di degenerazione mixoide, di metaplasma condrale o calcifico di fibrosi.

L'esame clinico si basa su alcuni test muscolari di semplice esecuzione basati sulla contrazione e sulla distensione passiva.

I FATTORI PREDISPONENTI

Esisterebbero dei fattori intrinseci ed estrinseci, che potrebbero predisporre l'atleta all'insorgenza della pubalgia.

Tra i **fattori intrinseci**, sono:

- una patologia a carico dell'anca o dell'articolazione sacro-iliaca
- una franca asimmetria degli arti inferiori
- l'iperlordosi
- uno squilibrio funzionale tra muscoli addominali e muscolatura adduttoria: la muscolatura addominale si rivelerebbe debole se rapportata alla muscolatura adduttoria che, al contrario, si presenterebbe forte ed eccessivamente rigida
- una muscolatura ischio-crutale poco elongabile.

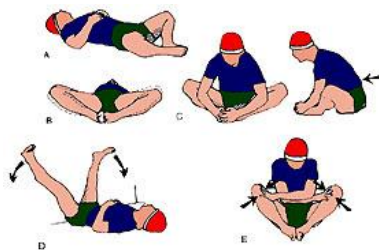
Tra i **fattori estrinseci** ritroviamo invece:

- inadeguatezza dei materiali utilizzati: un esempio tipico nell'ambito del calcio è costituito dall'utilizzo di tacchetti troppo lunghi su terreni secchi, oppure troppo corti in caso di terreni morbidi
- inidoneità del terreno di gioco
- errori nella pianificazione dell'allenamento.

IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO

Allo stato attuale delle conoscenze, i dati ritrovabili in letteratura non permettono di trovare un unanime consenso per ciò che riguarda la durata di un possibile trattamento di tipo conservativo della sindrome pubalgica nello sportivo. La durata di quest'ultimo, va infatti da 2 a 3 settimane secondo alcuni, sino a 6 mesi secondo altri. In linea di massima comunque la maggior parte degli Autori concorda su di un trattamento conservativo la cui durata è di circa **3 mesi**. In ogni caso il trattamento conservativo della pubalgia deve necessariamente conformarsi ai seguenti criteri:

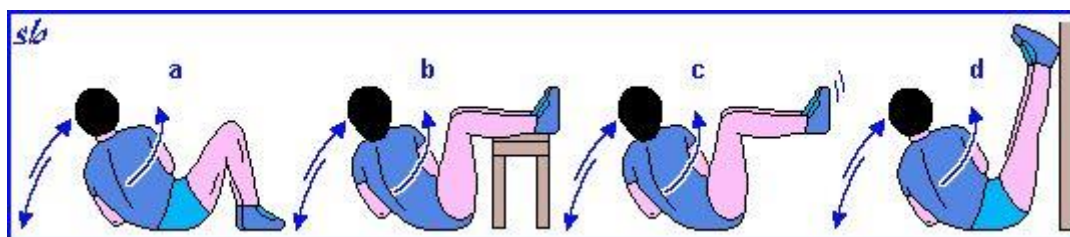
- la tipologia anatomo-clinica
- l'età e la motivazione del paziente
- il livello sportivo dell'atleta
- l'intensità e la tipologia della sintomatologia dolorosa.
- Alla base della prevenzione della pubalgia vi è lo **stretching** dei muscoli adduttori



esercizi preventivi

Nel caso di limitazioni articolari a livello coxo-femorale, si consiglia una mobilizzazione attiva assistita con esercizi adeguati caso per caso.

Se è presente un'ipotonia della parete addominale e in particolare degli obliqui, si consigliano esercizi da eseguire in forma simmetrica o asimmetrica a seconda dei casi.



Oltre a questo, è generalmente prevista una terapia antalgica a base di farmaci antiinfiammatori non cortisonici e/o di steroidi per os, nei casi particolarmente acuti e ribelli può essere indicata una terapia infiltrativa.

Secondo i dati desumibili in letteratura, il trattamento conservativo permette di raggiungere la guarigione completa in circa l'80% dei casi ed è comunque raccomandato, come prima scelta terapeutica.

IL TRATTAMENTO CHIRURGICO

Di norma, l'indicazione chirurgica, dovrebbe essere riservata ai pazienti che non abbiano fatto registrare nessun tipo di miglioramento clinico evidente, dopo essere stati sottoposti ad un adeguato trattamento conservativo della durata di almeno tre mesi e che presentino un'eziologia parieto-addominale . In linea generale la pubalgia può essere corretta chirurgicamente sia attraverso una detensione dei muscoli adduttori, che attraverso un ritensionamento dei muscoli larghi dell'addome (Christel e coll., 1993; 1996).

CONCLUSIONI

La pubalgia resta comunque un interessante e controverso oggetto di discussione per ciò che concerne il suo iter terapeutico, sia nel caso in cui questo sia di tipo conservativo che chirurgico. In ogni modo, ci sembra fondamentale sottolineare l'enorme importanza che riveste in questo campo una corretta e precoce diagnosi. Infatti, solamente dopo aver diagnosticato con precisione, l'eziologia del dolore pubalgico, si è in grado di indirizzare il paziente verso il tipo di trattamento maggiormente consono al suo caso. Per questo motivo, l'esame clinico deve, nella maggioranza dei casi, essere supportato da adeguati esami strumentali, che possano aiutare lo specialista nella formulazione della diagnosi. Anche il trattamento conservativo, nei casi in cui quest'ultimo sia indicato, deve seguire dei criteri d'intervento ben precisi, dettati dai progressi funzionali del paziente e nel pieno rispetto della sintomatologia dolorosa da questi riportata.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson K., Strickland S.M., Warren R.: *Hip and groin injuries in athletes*. Thèse Méd. Université Lyon 1, 1989.
2. Martens M.A., Hansen L., Mulier J.C.: *Adductor tendinitis ans musculus rectus abdominis tendinopathy*. Am J Sports Med. 15 : 353-356, 1987.
3. Ferrario A., Monti G.B., Jelmoni G.P.: *Lesioni da sport del bacino e dell'anca. Pelvi, articolazione sacro-iliaca, anca*. Edi Ermes. Milano, 2000.
4. Morelli V., Smith V.: *Groin injuries in athletes*. Am Family Physician. 64: 1405-1414, 2001