


La **Pubalgia** è una patologia da sovraccarico che può colpire atleti di diversi sport. Ecco un articolo che tratta le cause, la terapia e la prevenzione di questa patologia negli atleti che praticano il Pattinaggio "Speed In-Line", ma i cui contenuti possono essere utili anche per gli atleti che svolgono, a tutti i livelli, anche altre attività sportive.

---

## PUBALGIA: UNA PATOLOGIA IN CONTINUO AUMENTO FRA I PATTINATORI

Rosario Bellia (Fisioterapista della F.I.H.P.; Insegnante Educazione Fisica)   
Alessandro Spreafico (Ortopedico-Traumatologo presso l'Ospedale Civile di Vimercate, Milano)  
(Ultima Revisione: maggio 2006)



Il termine pubalgia corrisponde ad una sindrome dolorosa del "carrefour" pubico osservata nello sportivo e che raggruppa sotto una stessa denominazione entità anatomiche distinte, talvolta collegate e con eziopatologia comune: **la malattia degli adduttori, l'osteoartropatia pubica, la patologia della parete addominale.**

La pubalgia colpisce i pattinatori giovani (16-18 anni) nella fase di aumento di carico allenante, specie dopo potenziamento specifico e in modo elettivo i velocisti nella ricerca di un miglioramento della frequenza del gesto tecnico, sia in fase di partenza che nella fase d'incrocio all'uscita di curva.

I pattinatori maturi (25-30 anni) presentano questa patologia in seguito ad aumento di carico dopo un periodo di inattività forzata.

L'anamnesi e l'esame del paziente permettono di trovare un certo numero di fattori eziopatogenetici comuni che favoriscono questo tipo di malattia.

### **Fattori intrinseci:**

1. Asimmetria degli arti inferiori (con conseguente non equilibrato lavoro dei muscoli adduttori)
2. Patologie a carico del piede (valgo, varo, pronato, supinato, ecc.)
3. Patologie all'articolazione del ginocchio nella sua globalità (capsula, legamenti, ecc.)
4. Postumi di distorsioni articolari (ginocchio – piede), postumi di patologie muscolari (strappi, stiramenti, ecc. tendinopatie, borsiti, ecc.)
5. Limitazioni articolari a livello coxo - femorale e problemi congeniti (displasie di lieve entità, coxa-vara, coxa-valga, coxa-plana, ecc.), antiversione del bacino, iperlordosi lombare

6. L'ipotonia costituzionale o acquisita della parete addominale inferiore verso gli obliqui (col suo assottigliamento, la sua deiscenza e talvolta uno strato pre - erniario)
7. La deficienza del canale inguinale il cui orifizio interno è più o meno dilatato e che presenta esso stesso una situazione pre - erniaria
8. Questi fattori stanno all'origine della forma parietale delle pubalgie. Alcuni fattori biomeccanici della catena motoria del carrefour pubico possono essere fonte di "sforbiciamento" della sinfisi o di tensioni anomale degli elementi muscolo-tendineo-aponeurotici che vi si ancorano

### **Fattori Tecnici:**

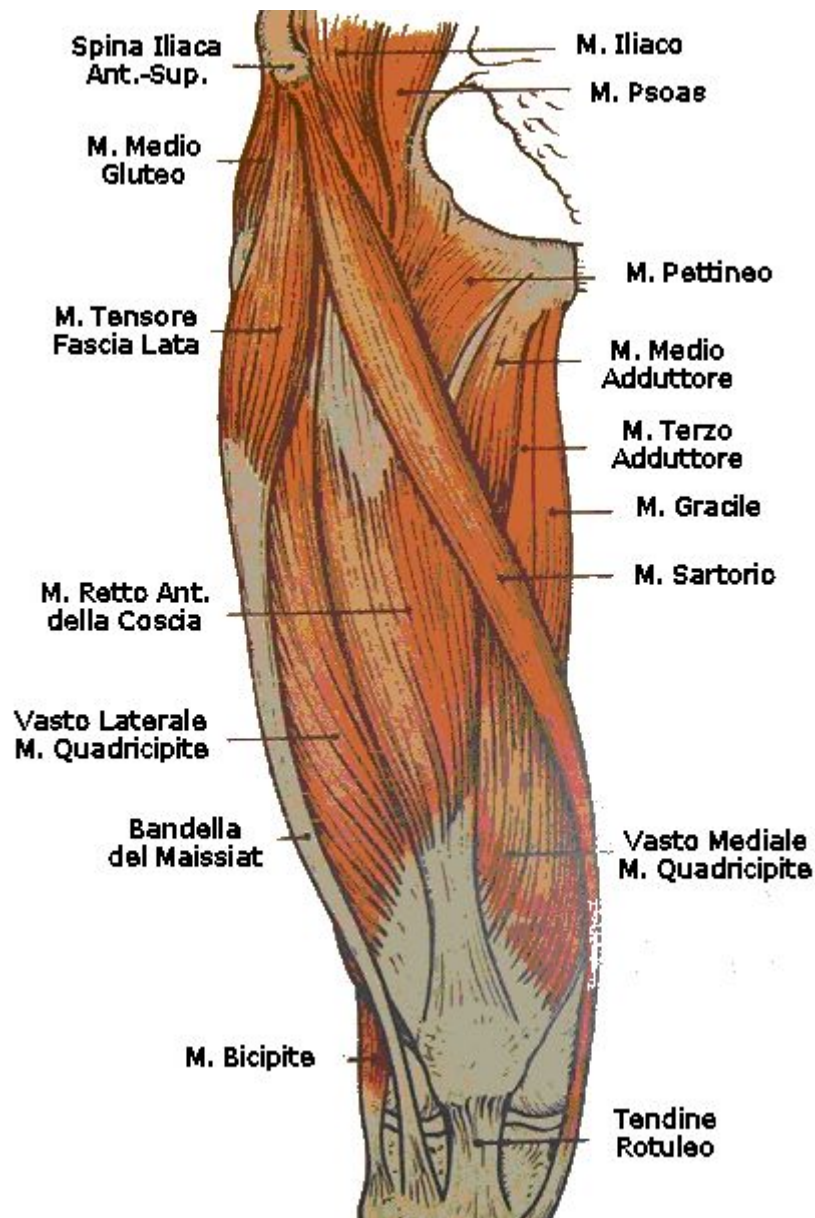
L'importanza dell'allenamento e il suo svolgimento nel tempo sono fattori favorevoli, come la inadeguata qualità degli esercizi di allungamento muscolare, un riscaldamento mal condotto o il materiale inadatto alle caratteristiche personali dell'atleta (scarpe-piastre ecc.)

- 🚩 Allenamenti su piste piane piccole (tipo palestra nel periodo invernale); è un fattore favorevole sia per la dimensione (passi incrociati molto intensi) sia per le diverse pavimentazioni "gombose"
- 🚩 Posizione nella fase della partenza sprint
- 🚩 Asimmetria dell'azione nella fase di recupero dopo la spinta
- 🚩 Sovraccarico muscolare dopo allenamento delle partenze o ripetute in salita
- 🚩 Posizione non corretta della piastra sulla scarpa
- 🚩 **Utilizzo di un diametro di ruote e lunghezze delle piastre non adeguato all'età, che causa sovraccarico delle strutture sia nella componente tendinea che ossea**

**"MALATTIA DEGLI ADDUTTORI"** (o patologia osteo-tendineo-muscolare degli adduttori)

La malattia degli adduttori che colpisce preferibilmente il medio adduttore può corrispondere ad una lesione del corpo tendineo, della giunzione muscolo-tendinea o della sua inserzione sull'osso.

Questa affezione si traduce in un dolore basso sotto-pubico, che s'irradia alla faccia interna della coscia, provocato dal gesto tecnico.



L'**esame clinico** nei casi tipici risveglia un dolore alla palpazione della parte interna della branca ischio-pubica, così come all'abduzione passiva e all'adduzione contro resistenza. Questi test devono essere effettuati in posizione neutra, in adduzione più flessione e adduzione più estensione. Bisogna controllare che l'anca possieda una mobilità normale.

È opportuno per approfondire l'esame:

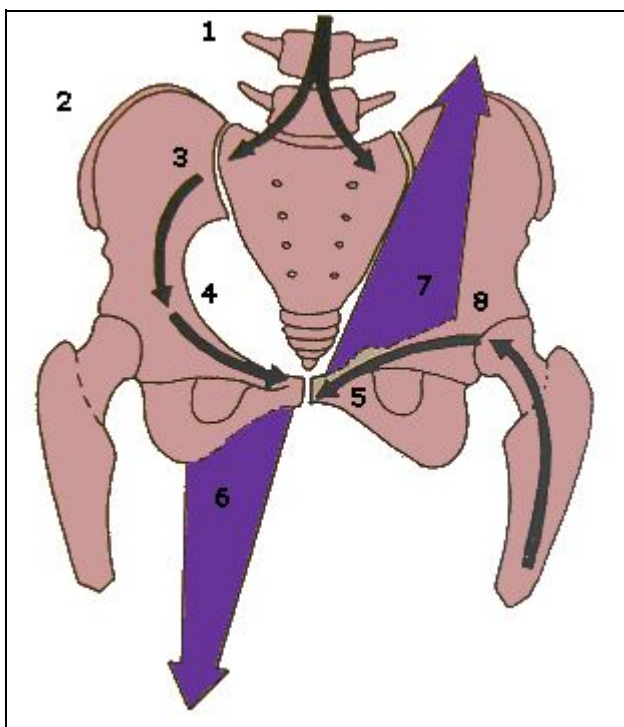
- 🚩 Valutare la lunghezza degli arti inferiori con misurazione diretta o indiretta (telerradiografia)
- 🚩 Analizzare la situazione posturale delle articolazioni tibio-tarsiche, delle coxo-femorali e del ginocchio
- 🚩 Valutare l'escursione delle articolazioni coxo-femorali ed le eventuali differenze fra loro
- 🚩 Analizzare se esistono delle limitazioni funzionali a causa di infortuni precedenti o da patologie congenite

L'esame **radiografico** è generalmente "normale", ma può obbiettare dei "rimaneggiamenti" ossei in corrispondenza dell'inserzione degli adduttori sulla

branca ischio-pubica a tipo di "addensamento", "irregolarità" del contorno o "calcificazioni". Nei casi difficili, la RMN con iniezione di contrasto è in grado di definire la sede e l'importanza esatta delle lesioni.

### OSTEO-ARTROPATIA PUBICA

È la sola, vera pubalgia: affezione nient'affatto peri-articolare come la precedente, ma realmente articolare, legata al **surménage** di quest'articolazione ed allo squilibrio muscolare fra addominali e adduttori (tipica degli atleti evoluti o amatori: 30-35 anni). Le algie hanno sede sul pube e s'irradiano talvolta in basso lungo la faccia interna della coscia, più raramente in alto verso la parete addominale inferiore. Queste algie, che insorgono all'inizio del gesto sportivo, possono in seguito comparire durante movimenti della vita corrente.



Fattori biomeccanici della catena motoria del "carrefour" pubico che possono essere all'origine di una pubalgia: iperlordosi lombare (1), antiversione del bacino (2), disfunzione iliaca (3), asimmetria delle sollecitazioni fra i pesi del corpo (4) e la reazione del suolo (5), mancanza di equilibrio della bilancia muscolare fra gli adduttori (6) e gli addominali (7), disfunzione o displasia dell'anca (8)

L'**esame** risveglia un dolore localizzato alla sinfisi alla palpazione superficiale o durante la mobilitazione manuale per l'appoggio alternato dei due processi della sinfisi.

Eccezionalmente, l'esaminatore percepirà alla palpazione questa instabilità della sinfisi chiedendo al paziente un appoggio monopodalico e alternato (marcia sul posto).

La **radiografia** nei casi tipici evidenzia dei quadri di "pseudo-artrite" assai evocatori. Le lesioni sono classificate in 4 stadi evolutivi.

La radiografia può essere anche normale, la scintigrafia ossea ha allora un apporto diagnostico importante obiettivando un'**iper captazione** nella zona di lesione.

L'**evoluzione** sotto trattamento adeguato (farmacologico, fisioterapico, riposo attivo, ecc.) conduce alla guarigione clinica con delle immagini radiografiche di alterazione strutturale persistente, sia con evidenza di una **restitutio ad integrum** delle facce sinfisarie.

## **PATOLOGIA PARIETALE ADDOMINALE**

È l'espressione maggiore di lesione, il più delle volte congenita, della porzione inferiore dei muscoli larghi dell'addome e soprattutto degli elementi costitutivi del canale inguinale.

Si manifesta con **dolori** in sede sovrapubica, spesso unilaterali, che s'irradiano verso il pube e i testicoli, progressivi e spesso evocati da un colpo di tosse, uno starnuto o dalla defecazione.

L'**anamnesi** permette talvolta di trovare un esordio improvviso come, ad esempio, veri incidenti traumatici della parete addominale.

I segni cercati all'**esame** del paziente sono più chiari dopo uno sforzo e i diversi tempi dell'esame sono eseguiti prima in piedi poi in posizione supina.

L'ispezione può mettere in evidenza una tumefazione lungo la parete addominale in corrispondenza del canale inguinale; la contrazione isometrica dei muscoli addominali è dolorosa.

La **radiografia** è il più delle volte negativa, ma in qualche caso può evidenziare una sinfisi pubica a bordi addensati, talvolta irregolari. L'ecografia mette invece in risalto l'eventuale lesione muscolare e rileva la presenza di ernie, in particolare durante le prove di contrazione.

## **TRATTAMENTO**

Quale che sia la forma anatomo-clinica, il trattamento comincia innanzitutto con il riposo sportivo che va da 2-3 settimane fino a 3 mesi, in particolar modo nelle forme di osteo-artropatia pubica, che sono spesso le più ribelli e difficili da trattare. Oltre al riposo è sistematica la prescrizione di antinfiammatori non steroidei o anche di corticosteroidi per via sistemica, impacchi di ghiaccio, stretching e massaggio trasverso profondo degli adduttori.

Se sono state riscontrate le anomalie descritte tra i fattori intrinseci, si deve procedere ad attuare delle iniziative per attenuare o compensare il problema.

Ecco di seguito alcuni suggerimenti:

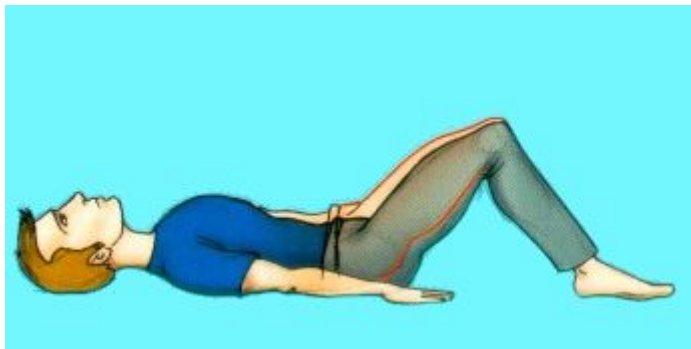
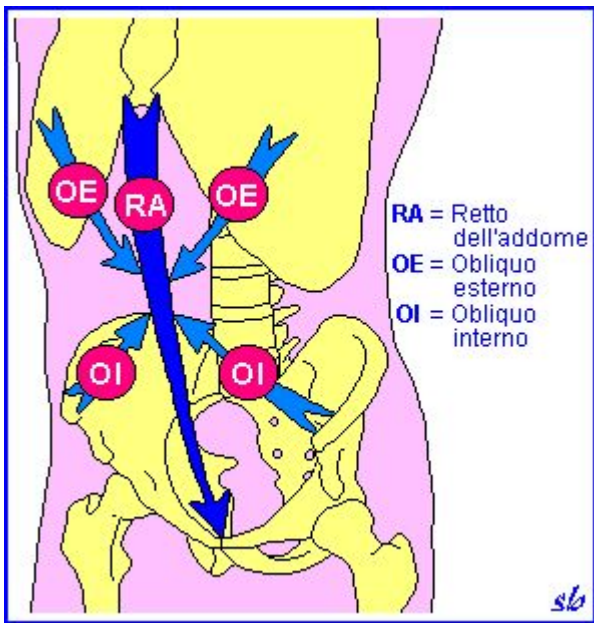
1) Nel caso di asimmetria degli arti inferiori (accertata con indagine radiografica o dallo specialista con misurazione diretta), mettere un rialzo adeguato fra la piastra e la scarpa da pattinaggio e inserire nelle scarpe standard un plantare personalizzato. Effettuare un controllo dopo tre mesi, specie se il soggetto è giovane.

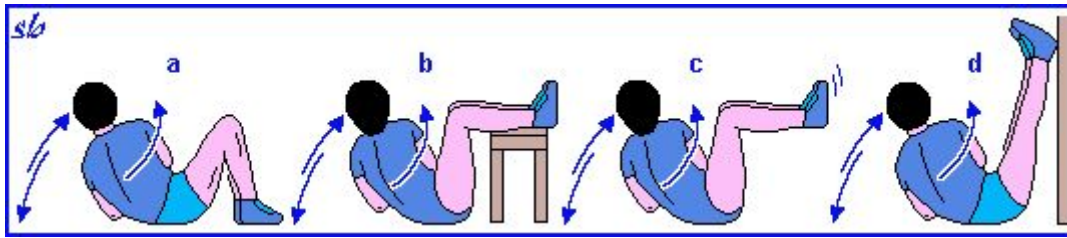
2) Nel caso di patologie a carico dei piedi far confezionare un plantare, che vada a compensare gli squilibri di carico (dopo idonea visita specialistica).

3) Se sono presenti patologie d'origine legamentosa, tendinea, muscolare, bisogna affrontare in modo globale queste problematiche, perché le cause scatenanti della pubalgia potrebbero essere molto distanti dalla sede anatomica (tallonite, fascite plantare, periartrite scapolo-omerale, tendinite del t. rotuleo, sindrome del tibiale anteriore, ecc.). Le terapie fisiche consigliate sono: ultrasuoni, laser, ionoforesi, ecc. oltre ad una terapia farmacologia adeguata ad ogni singolo caso. Questo è valido anche nei postumi di incidenti muscolari o articolari.

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

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





6) In un'ottica preventiva è buona norma **non utilizzare con atleti in età evolutiva, ruote con diametro elevato e piastre troppo lunghe** (come dimostrato dallo studio dell'ing. Claudio Giorgi presentato a Piombino il 22-04-06 allo staff tecnico della nazionale italiana. Lo studio realizzato su atleti evidenzia come ruote oltre il diametro 84 possano sovraccaricare le strutture mio-capsulo-legamentose dei giovani atleti - a questa rilevazione farà seguito una verifica con test di laboratorio).

7) La metodica fondamentale sia per prevenire che per curare la pubalgia è sicuramente lo **stretching** mirato dei muscoli adduttori, però in forma decompensata, cioè in modo che non si realizzino compensi in altri distretti muscolari. Qui di seguito si segnalano alcuni esercizi, anche se in letteratura ne esiste una vasta gamma; si consiglia di scegliere due esercizi che si "percepiscono" come più efficaci e di realizzarli in modo corretto con particolare attenzione alla respirazione.









La ripresa dell'allenamento, nei casi che rispondono favorevolmente al trattamento medico e soprattutto fisioterapico, deve essere progressiva, personalizzata e controllata sul piano tecnico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cappellini, Naldi e Nanni: **Corpo Movimento Sport** – Ediz. Markes, Pavia, 2006
2. Anderson B.: **Stretching** - Ediz. Mediterranee, Roma, 1980
3. Lachmann S.: **Lesioni dei tessuti molli in medicina dello sport** – Ediz. Momento Medico, Roma, 1989
4. Danowski R.G., Chanussont J.C.: **Traumatologia dello sport** – Ediz. Masson, Milano, 2000
5. Bellia R.: **Lo stretching nel karate** – stampato in proprio, 1989
6. Paci M.: **L'articolazione sacro-iliaca, biomeccanica e valutazione** - Pubblicato sulla rivista: Scienza Riabilitativa, vol. 2, n° 1, gennaio 1998
7. Vincenzi M.: **Pubalgia da ipo-estensibilità dei muscoli abduttori dell'anca** - Pubblicato sulla rivista: Il fisioterapista, anno 1, n° 3, agosto 1995
8. Bellia R.: **Analisi biomeccanica del pattinaggio a rotelle specialità corsa** - Pubblicato nel sito: [www.fihp.org/corsa](http://www.fihp.org/corsa), 2006
9. Casati S., Canali S.: **Ruolo funzionale degli abduttori dell'anca** - Pubblicato sulla rivista: Il fisioterapista, anno 7, n°6, novembre 2001