medicina e prevenzione

Groin Pain Syndrome Italian Consensus

Una nuova concezione della pubalgia

Abstract

La pubalgia presenta un'eziopatogenesi di tipo multifattoriale dove spesso diversi quadri clinici si sovrappongono, rendendo talvolta la diagnosi una vera e propria sfida diagnostica. Occorre obiettivamente ammettere che la complessità anatomica della regione pubica non facilita certamente l'adozione di una chiara nomenclatura nosologica. In questo articolo vengono presentati alcuni dei principali risultati raggiunti durante la "*Groin Pain Syndrome Italian Consensus Conference on terminolgy, clinical evaluation and imaging assesment in groin pain in atlete*".

Parole chiave

- *Consensus conference*
- Classificazione
- *Groin pain syndrome*
- Pubalgia

La pubalgia, o meglio se vogliamo utilizzare un termine maggiormente consono la "*Groin Pain Syndrome*" (GPS) rappresenta un problema molto diffuso nell'ambito degli sportivi, sia professionisti sia dilettanti. Oltre alla sua diffusione epidemiologica non dobbiamo certo dimenticare il fatto che la GPS è molto spesso la causa di una prolungata assenza dall'attività sportiva (*Engebretsen et al., 2010; Hölmich et al., 2014*). Paradossalmente, a dispetto della sua alta incidenza in ambito sportivo (5-28%), il dibattito a livello scientifico inerente la sua tassonomia diagnostica (ossia la sua corretta nomenclatura) è ancora lontano dall'aver raggiunto un pieno *consensus*. È a questo punto importante sottolineare il fatto che il termine di "*groin pain*", così come tutti gli altri vocaboli equivalenti come *groin disruption*, *sport hernia*, *athletic pubalgia*…, descrivono solamente un sintomo, ossia il dolore a livello della zona inguino-pubico-adduttoria, e non rappresentano assolutamente una diagnosi. Troppo spesso, infatti, per ciò che concerne tale problematica, sintomo e diagnosi vengono considerati come dei sinonimi. Per questo e per tutta un'altra serie di motivi, che sarebbe troppo lungo in questa sede elencare, il 5 febbraio 2016, in collaborazione con la Società Italiana di Artroscopia, è stata organizzata la "*Groin Pain Syndrome Italian Consensus Conference on terminolgy, clinical evaluation and imaging assesment in groin pain in atlete*". Il modello della *Consensus Conference* (CC) è stato introdotto negli anni '70 dello scorso secolo negli USA da parte del *National Institute of Health*.

Lo scopo di una CC è quello di definire lo "stato dell'arte" di una problematica specifica attraverso un *iter* ben preciso, nel quale le informazioni scientifiche vengono discusse, valutate e votate da una "giuria di esperti", non necessariamente (questo ovviamente in base al *topic* discusso) di estrazione medica. In virtù di ciò, la giuria che ha composto la *Groin Pain Syndrome Italian Consensus Conference* era formata da 41 specialisti di diversa estrazione e così suddivisi: ortopedici (16), medici dello sport (3), chirurghi generali (7), fisioterapisti (5) radiologi (2), *sport physiologist* (1) e preparatori atletici (3).

Orgoglio italiano

Dobbiamo confessare che scrivere queste righe ci riempie di un certo (malcelato) orgoglio per tutta una serie di

(giustificati) motivi. Il primo dei quali è rappresentato dal fatto che questa è stata in senso assoluto la prima CC italiana nell'ambito della medicina dello sport; la seconda ragione è che questa è la terza CC a livello mondiale (dopo Manchester 2012 e Doha 2014) dedicata al tema della GPS; il terzo motivo (forse quello di maggior valenza) è che ci siamo, in qualche modo, riappropriati di una patologia "tutta italiana", data poi in gentile concessione, come spesso avviene, al mondo scientifico anglosassone. Non dobbiamo dimenticare che la prima descrizione di GPS (allora ancora denominata pubalgia) si deve a un autore italiano, **Spinelli** che nell'ormai lontano 1932 ne fece una prima descrizione su di una popolazione di schermitori (*Spinelli, 1932*).

La definizione e le categorie

Il documento della *Groin Pain Syndrome Italian Consensus Conference* può essere scaricato nella sua forma integrale dal sito della SIA (*www.siaonline.net*) oppure sotto forma di articolo scientifico dal sito del *British Medical Journal Open Sport & Exercise Medicine* (**figura 1**) e/o su PubMed. In questa sede, faremo solamente un semplice sunto di quello che è stato il primo documento (la terminologia clinica) discusso e votato durante la CC.

Il punto di partenza è stato lo stabilire un'univoca definizione di GPS ossia: "**Ogni sintomo clinico lamentato dal paziente localizzato a livello della ragione inguino-pubico-adduttoria, che interferisca con le attività sportive e/o con le normali attività di vita quotidiana e che richieda attenzione medica**". Il termine "sintomo" è stato adottato per il fatto che, nell'ambito di una GPS, molto spesso si sovrappongono diversi quadri clinici tra loro fortemente connessi da una relazione di causa-effetto (*Vidalin et al., 2004; Bisciotti et al., 2013; 2016*). Chiarita la definizione di GPS è stata affrontata la problematica inerente la classificazione dei diversi quadri clinici in grado di causarla. Sono stati pertanto individuati 63 diversi quadri clinici suddivisi in 11 differenti categorie (**tabella A**):

11 Categorie	Numero di patologie
Cause articolari	14
Cause viscerali	3
Cause ossee	4
Cause muscolo-tendinee	14
Cause pubico-sinfisarie	3
Cause neurologiche	1
Cause connesse allo sviluppo	2
Cause connesse a patologie genito-urinarie di natura infiammatoria e non	15
Cause neoplastiche	3
Cause infettive	2
Cause di natura sistemica	2
Totale	63

Tabella A
Sintesi delle più probabili cause di GPS (63) raggruppate in 11 diverse categorie nosologiche.

Figura 1
Il titolo dell'articolo che apparirà su *BMJ Open Sport & Exercise Medicine* e che siamo convinti rappresenterà una *"mile stone"* nell'ambito della Medicina dello Sport internazionale.

1

Open Access — Consensus statement

BMJ Open Sport & Exercise Medicine

Groin Pain Syndrome Italian Consensus Conference on terminology, clinical evaluation and imaging assessment in groin pain in athlete

G N Bisciotti,[1] P Volpi,[2,3] R Zini,[4] A Auci,[5] A Aprato,[6] A Belli,[3] G Bellistri,[3] P Benelli,[7] S Bona,[2] D Bonaiuti,[8] G Carimati,[2] G L Canata,[9] G Cassaghi,[5] S Cerulli,[10] G Delle Rose,[2] P Di Benedetto,[11] F Di Marzo,[12] F Di Pietto,[13] L Felicioni,[14] L Ferrario,[15] A Foglia,[16] M Galli,[17] E Gervasi,[18] L Gia,[12] C Giammattei,[19] A Guglielmi,[20] A Marioni,[21] B Moretti,[22] R Niccolai,[3] N Orgiani,[2] A Pantalone,[23] F Parra,[5] A Quaglia,[2] F Respizzi,[2] L Ricciotti,[5] M T Pereira Ruiz,[20] A Russo,[24] E Sebastiani,[25] G Tancredi,[25] F Tosi,[2] Z Vuckovic[1]

di...

Gian Nicola Bisciotti
- Qatar Orthopedic and Sport Medicine Hospital, Doha, Qatar
- FC Internazionale, Milan, Italy

@ bisciotti@libero.it

Piero Volpi
- FC Internazionale, Milan, Italy
- Department of Knee Orthopedic and Sports Traumatology Unit, Humanitas Research Hospital, Rozzano, Italy

Raul Zini
- Azienda Ospedaliera "Ospedale San Salvatore", Pesaro, Italy

1. Cause articolari

1. lesione del labbro acetabolare;
2. *impingement* femoro-acetabolare – *Cam-Fai, Pincer-Fai, Subspine impingement* (o AIIS, *Anterior Inferior Iliac Spine impingement*);
3. HALTAR lesion – *Hip Anterosuperior Labral Tear with Avulsion of Rectus femoris*;
4. coxartrosi;
5. corpi mobili intra-articolari;
6. instabilità dell'anca;
7. capsulite adesiva;
8. sindrome di *Legg-Calvé-Perthes* e suoi esiti;
9. displasia e suoi esiti;
10. epifisiolisi e suoi esiti;
11. necrosi avascolare della testa del femore;
12. disordini dell'articolazione sacroiliaca;
13. patologie della colonna a livello del tratto lombare;
14. sinovite.

2. Cause viscerali

1. ernia inguinale – in caso di ernia si raccomanda l'adozione della classificazione proposta dall'*European Hernia Society*;
2. altri tipi di ernia addominale;
3. affezioni intestinali.

3. Cause ossee

1. fratture e loro esiti;
2. fratture da stress – sostanzialmente a carico della branca pubica o del collo femorale;
3. fratture da avulsione – principalmente le fratture da avulsione di età pediatrica, quali l'avulsione della spina iliaca antero-inferiore (SIAI), della spina iliaca antero-superiore (SIAS) e del nucleo apofisario della tuberosità ischiatica (NATI);
4. *iliac crest contusion* (*hip pointers*) – è il risultato di un trauma diretto a livello della cresta iliaca, che esita nella formazione di un ematoma periostale. Tale ematoma può comprimere il nervo laterale femoro-cutaneo e provocare una sintomatologia parestesica.

4. Cause muscolo-tendinee

1. lesioni del muscolo retto addominale;
2. tendinopatia del muscolo retto addominale;
3. lesioni dei muscoli adduttori – i muscoli adduttori sono sette: nel piano superficiale si trovano il pettineo, l'adduttore lungo e il gracile, nel secondo piano l'adduttore breve e nel piano profondo l'adduttore grande. Il muscolo pettineo è innervato dal nervo femorale e dal nervo otturatore, il grande adduttore dal nervo otturatore o dal nervo ischiatico e dal nervo tibiale, l'adduttore lungo, l'adduttore breve e il gracile sono innervati dal solo nervo otturatore. Nella regione glutea, i muscoli che presentano un'azione adduttoria sono due: il muscolo otturatore esterno, anch'esso innervato dal nervo otturatore, e il quadrato del femore, innervato dal nervo ischiatico e dal nervo del muscolo del quadrato del femore;
4. tendinopatia dei muscoli adduttori;
5. lesioni dell'aponeurosi comune dei muscoli retto addominale e adduttore lungo;
6. lesioni del muscolo ileopsoas;
7. tendinopatia del muscolo ileopsoas;
8. altri traumi muscolari indiretti e loro esiti;
9. traumi muscolari diretti;
10. ileopsoas *impingement* – *impingement* dell'ileopsoas con la porzione mediale della rima acetabolare;
11. anca a scatto interna;
12. anca a scatto esterna;

Bibliografia

• Bisciotti GN, Eirale C, Vuckovic Z, Le Picard P, D'Hooge P, Chalabi H. La pubalgia dell'atleta: una revisione della letteratura. Med Sport. 2013;66(1):119 -133.
• Bisciotti GN., Volpi P., Zini R., Auci A., Di Marzo F., Carimati G et al. Groin Pain Syndrome Italian Consensus Conference on terminology, clinical evaluation and imaging assessment in groin pain in athlete. BMJ (in press), 2016.
• Engebretsen AH, Myklebust G, Holme I, Engebretsen L, Bahr R. Intrinsic risk factors for groin injuries among male soccer players: a prospective cohort study. Am J Sports Med. 2010;38(10):2051-2057.
• Hölmich P, Thorborg K, Dehlendorff C, Krogsgaard K, Gluud C. Incidence and clinical presentation of groin injuries in subelite male soccer. Br J Sports Med. 2014;48(16):1245-1250.
• Spinelli A. Una nuova malattia sportiva: la pubalgia degli schermitori – Orthop Trauma App Mot. 4: 111, 1932
• Vidalin H, Neouze G, Petit J, Brunet-Guedj E. Prise en charge chirurgicale des pubalgies du sportif. J Traumatol Sport. 2004;21:166-137 .

WWW

www.scienzaesport.it

13. borsiti – sostanzialmente a carico della borsa ileo-pettinea e della borsa siero-mucosa del gran trocantere;
14. debolezza di parete del canale inguinale – è importante ricordare quali sono i tre segni clinici maggiormente indicativi di debolezza di parete del canale inguinale: dolore all'esplorazione del canale inguinale, dolore alla palpazione a livello del tubercolo pubico e dilatazione dell'anello inguinale. Inoltre, un indice anamnestico di estrema importanza è una pregressa storia di fallimento di trattamenti conservativi.

5. Cause pubico-sinfisarie
1. osteite pubica;
2. instabilità sinfisaria – il segno radiologico d'instabilità sinfisaria è rappresentato da una dismetria delle branche pubiche maggiore di 3 mm visibile nella proiezione AP in appoggio monopodalico alternato;
3. artropatia degenerativa sinfisaria.

6. Cause neurologiche[1]
1. sindrome da intrappolamento nervoso – sostanzialmente a carico del nervo femoro-cutaneo laterale, del nervo genitofemorale (branca genitale), del nervo ileoinguinale, del nervo ileoipogastrico, del nervo femorale e del nervo otturatorio.

7. Cause connesse allo sviluppo
1. apofisiti – sostanzialmente a carico della spina iliaca antero-inferiore (SIAI) e della spina iliaca antero-superiore (SIAS);
2. *growth plate* a livello pubico – al di sotto del ventunesimo anno di età sono di comune riscontro le foci anteromediali dei centri di ossificazione encondrale. Tali reperti divengono particolarmente evidente all'artro-RM (*Koulouris, 2008*).

8. Cause connesse a patologie genito-urinarie di natura infiammatoria e non
1. prostatite;
2. epididimite;
3. funicolite;
4. orchite;
5. varicocele;
6. idrocele;
7. uretriti;
8. altre infezioni del tratto urinario;
9. cistiti;
10. cisti ovariche;
11. endometriosi;
12. *ectopic pregnancy*;
13. *entrapment* del legamento rotondo;
14. torsione testicolare/ovarica;
15. litiasi uretrale;

9. Cause neoplastiche
1. carcinoma testicolare;
2. osteoma osteoide;
3. altre neoplasie.

10. Cause infettive
1. osteomielite;
2. artrite settica.

11. Cause di natura sistemica
1. linfoadenopatia inguinale;
2. malattie reumatologiche.

Conclusioni

La diatriba per ciò che riguarda l'inquadramento clinico della GPS può essere superata solamente grazie all'adozione di un linguaggio comune, che soddisfi i principi di chiarezza, correttezza e condivisibilità.
Inoltre, è di fondamentale importanza che la formulazione della diagnosi di una GPS sia effettuata adottando, se possibile e in conformità al quadro clinico, una o più di una delle nomenclature nosologiche riportate in *tabella A*. ■

[1] La categoria denominata "cause neurologiche" deve essere suddivisa in 2 ulteriori sottocategorie, nella prima delle quali si trovano i danni neurologici dovuti a ***overload*** o ***overstretching*** (cause neurologiche di categoria A) e nella seconda nella quale il danno neurologico è da imputarsi a un meccanismo di compressione acuto o di franca lacerazione della struttura nervosa (cause neurologiche di categoria B).