

TROCHANTERITES E PSEUDO-TROCHANTERITES  
(Trattamento moderno e originale)  
Claude ALTIERI

Quando si cercano in letteratura o su Internet informazioni sulla trocanterite, qualificata anche come "tendinite del gluteo medio" e sul suo trattamento, la bibliografia è scarsa, che si tratti di una spiegazione o di un trattamento. di questa patologia.

In effetti, la vera tendinite del gluteo medio è il dolore laterale dell'anca. Il punto doloroso squisito si trova sul grande trocantere, il punto di attacco del tendine muscolare, dove è necessario palpare profondamente per innescare il dolore. Il muscolo gluteo medio è importante in posizione eretta, è il muscolo zoppicante. Questa tendinite è rivelata dal dolore quando si sostiene e si cammina. Riguarda le persone che svolgono un'attività sportiva molto importante o camminano, o le persone che camminano male a causa di un'altra patologia: malformazione del bacino e degli arti inferiori, malattie muscolari, dopo l'intervento chirurgico (accorciamento di un arto) , paralisi.

Il trattamento è ovviamente per cercare di migliorare la zoppia se ce n'è una. La stessa tendinite può essere trattata con massaggi e fisioterapia. Il trattamento più spettacolare è l'infiltrazione locale di cortisone, possono essere necessari da uno a tre, ben mirati al punto di dolore.

Va detto che la vera tendinite da abuso di questo muscolo è rara e che il più delle volte la causa è più insidiosa, è spesso un dolore proiettato o un dolore, che non si fa non dovrebbe essere attribuito al tendine del gluteo medio, ma a quello dei rotatori dell'anca, dei muscoli otturatori interni e / o della piriforme con inserimenti simili. Questa è la vera ragione di questo articolo.

#### Dolore proiettato nella cerniera toraco-lombare

Fa parte della dolorosa triade descritta da Robert Maigne nella sua sindrome da cerniera toraco-lombare (1).

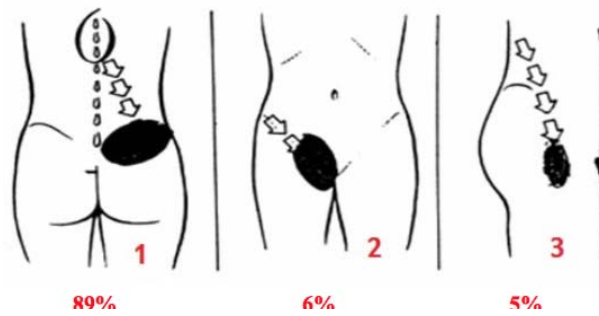
La radice L1 del plesso lombare, dà un ramo posteriore per la regione cutanea lombare inferiore e due rami anteriori; il nervo ilio-inguinale (ex piccolo addominale-genitale) e il nervo ilio-ipogastrico (ex grande addominale-genitale). Quest'ultimo è un nervo misto che passa tra i grandi psoas e il quadrante lombare e poi si tuffa tra il muscolo trasversale dell'addome e il muscolo obliquo dell'addome. Viaggia lungo la cresta iliaca e si divide in tre rami sopra la spina iliaca anteriore superiore (2).

a. Un ramo piercing laterale della pelle per la regione gluteo antero-superiore.

b. Un ramo addominale, che corre lungo il legamento inguinale.

c. Un ramo inguinale, che va avanti tra i due obliqui dell'addome, per unire il canale inguinale.

Nel 5% dei casi, il dolore si trova nella regione trocanterica. Aumenta camminando e talvolta si irradia all'inguine. Questo simula il dolore all'anca tanto quanto all'esame, la flessione / adduzione dell'anca e talvolta i movimenti di abduzione possono essere dolorosi



Molto spesso viene generalmente fatta la diagnosi di tendinite del gluteo medio, ma in questo caso le infiltrazioni locali non hanno effetto perché non sono il tendine o il trocantere a essere dolorosi in questo caso, ma il piano cutaneo che lo copre. La compressione di quest'ultimo simula perfettamente il dolore trocanterico e sebbene il dolore sia superficiale, il soggetto lo percepisce come profondo.



1 : rameau postérieur – 2 : Branche perforante latérale cutanée pour la région glutéale antéro-supérieure – 3 : Rameau inguinal.

R. Maigne, nella sua descrizione parla di un DIM (Disturbo intervertebrale minore) ma la nostra esperienza dimostra che si tratta principalmente di un DDI (3) la cui valutazione e normalizzazione richiedono tecniche specifiche e rappresenterà il trattamento di scelta per questo tipo di dolore pseudo-trocanterico.

Dolore che coinvolge inserimenti di rotatori dell'anca esterni

Stiamo principalmente parlando di due dei rotatori piuttosto unici, la piroforma e l'otturatore interno. In effetti questi due muscoli hanno una caratteristica comune, quella di essere inseriti all'interno del bacino.

La piriforme viene inserita sul lato antero-laterale del sacro tra la 2a e la 3a foramina sacrale anteriore e sul lato interno del grande legamento sacro-sciatico. Da lì, si dirige lateralmente, anteriormente e inferiormente, attraversa la grande tacca ischiatica che divide in due spazi superiore e inferiore e si unisce alla regione glutea. È inserito da un tendine sul bordo superiore del grande trocantere.

Fa parte dei muscoli che formano il bacino per separare i visceri del bacino dalla radice degli arti inferiori.

L'otturatore interno: è inserito attorno al foro ischio-pubico (ex forame chiuso, da cui il suo nome), e sulla faccia interna della membrana dell'otturatore, con il legamento sacro-tubale e la membrana che lo ricopre.

Il corpo muscoloso, triangolare alla base ventrale, vede le sue fibre scorrere posteriormente e lateralmente, quindi si riflettono ad angolo retto nella piccola tacca

ischiatrica, sul bordo posteriore dell'ischio, che funge da puleggia e dalla quale è separato da una borsa sierosa. Finirà dal lato mediale del grande trocantere nella fossetta che porta il suo nome.

Questo tipo di problema si presenta soprattutto nelle persone di mezza età, in particolare le donne, intorno ai cinquant'anni o anche di più. In effetti, a questa età il pavimento pelvico e il muscolo trasverso spesso non consentono più di mantenere una pressione addominale sufficiente: "Poiché questa è una regione in cui si lavora poco e che si sottopone a molto stretching, con il passare degli anni, il le gravidanze che aggiungono pressione e distensione, quando analizziamo le donne che muoiono intorno ai sessant'anni, troviamo spesso più fibre muscolari ma fibrosi. Questa struttura non consente più al movimento di entrare nell'addome inferiore "(4).

Questo fatto promuoverà la diminuzione della pressione intra-addominale e promuoverà la ptosi intestinale.

È facile evidenziare un'atonìa del muscolo trasversale dell'addome: è sufficiente far tossire il soggetto. Se la pancia entra, possiamo dire che la traversa gioca il suo ruolo. Se d'altra parte è chiaro che c'è un'atonìa e l'inizio della ptosi intestinale.

Questa ptosi intestinale può disturbare l'otturatore interno e / o il muscolo piriforme che risponderà a questa aggressività tendendo le fibre e possibilmente con il dolore quando si inserisce il tendine. Vediamo sempre in questi casi una diminuzione della rotazione interna dell'anca verificabile dal test della chiave.

#### trattamento

Il trattamento consisterà nella normalizzazione del gimbal toracolombare che interrompe la balistica diaframmatica (5), mobilitando il diaframma e la massa intestinale e facendo un riequilibrio viscerale, una manovra viscerale generale, mobilitando gli anelli intestinali e / o il sigmoide in due. manovre; uno in decubito, l'altro in laterocubito.

#### Descrizione delle manovre

- Riequilibrio viscerale

Si tratterà di mettere delicatamente le mani sull'addome del soggetto, di trovarsi in posizione supina e di sentire se la massa viscerale è bilanciata o se va più da una parte che dall'altra. Nel secondo caso, dovrà essere ribilanciato, cioè mobilitato per riportarlo alla normalità.

Lo stesso protocollo verrà quindi ripetuto a livello della piccola pelvi, appena sopra il pube.

Un'altra tecnica consiste nell'afferrare le due ginocchia del paziente con la sua mano caudale, mentre l'altra mano viene fissata sull'addome mantenendo la massa viscerale e fungendo da contro-supporto. È facendo oscillare delicatamente il bacino usando la leva degli arti inferiori che la massa addominale verrà riequilibrata.



- **La manovra di Kuchera**

Con questa manovra si tratta di mobilizzare la massa viscerale verso l'alto.

- ✓ Posizione del soggetto: posizione supina, piano del tavolo inclinato.
- ✓ Posizione del professionista: a capo del soggetto,
- ✓ Posizione delle mani: l'operatore mette le mani in una culla, raccoglierà la massa viscerale sopra il pube, avendo cura di prendersi un "credito per la pelle", rimorcherà delicatamente questa massa addominale chiedendo al soggetto un'espiazione lenta e profondo, quindi, mantenendo la posizione alta, solleciterà 2 o tre respiri profondi. La manovra verrà ripetuta tre o quattro volte.



- **Manovra sulle maniglie intestinali nel decubito**

- ✓ Posizione del soggetto: decubito, gambe piegate e poggiatesta sollevati.
- ✓ Posizione dell'operatore: in piedi accanto al tavolo, rivolto caudalmente, all'altezza della spalla del soggetto e sul lato controlaterale rispetto all'area da trattare.
- ✓ Posizione delle mani: le mani sono una accanto all'altra, nella zona ombelicale inferiore e il dito medio nella direzione dell'area inguinale del soggetto.
- ✓ Azione: dopo aver preso un credito sulla pelle sotto la zona ombelicale del soggetto, afferra delicatamente con le dita leggermente piegate la massa intestinale situata al livello della zona sopranguinale opposta. Lo tira delicatamente e lo mobilita medialmente e cranialmente. Ripete più volte la manovra.

• **Manovra sulle maniglie intestinali nel laterocubito**

- ✓ Posizione del soggetto: laterocubito sul lato opposto all'area da trattare, poggiatesta leggermente sollevato.
- ✓ Posizione dell'operatore : in piedi dietro il paziente, il ginocchio caudale sul lettino
- ✓ Position des mains : de son bras caudal il saisit en berceau le membre inférieur su sujet, haut situé. Il pose sa main craniale entre la zone pubienne et l'ombilic du patient. Il la déplace vers le haut de manière à obtenir un crédit de peau.
- ✓ Action : de ses éminences thénar et hypothénar il repousse la masse intestinale médialement et cranialement. Il répète la manœuvre plusieurs fois.

• **Manovrare sul sigmoide**

- ✓ Posizione del soggetto: decubito, gambe piegate e poggiatesta sollevati.
- ✓ Posizione dell'operatore: in piedi sul lato sinistro del tavolo, all'altezza del bacino del soggetto.
- ✓ Posizione delle mani: le dita di entrambe le mani sono posizionate sul muscolo iliaco sinistro sul lato mediale del iliaco sinistro.
- ✓ Posizione: il praticante spinge delicatamente indietro le dita, quindi spinge medialmente il colon sigmoideo, quindi verso l'ombelico. Appoggia quindi le dita sul lato mediale del sigmoide e lo tira verso l'anca del soggetto (6).

Questo trattamento dovrebbe essere integrato da esercizi che tendono a rafforzare, per quanto poco, il muscolo addominale trasversale e il pavimento pelvico.

Sono i nostri risultati clinici che ci hanno spinto a scrivere questo articolo, risultati positivi sui soggetti che soffrono per la maggior parte per diversi mesi, anche diversi anni.

**Bibliografia**

1. MAIGNE R. Sindrome della cerniera dorso-lombare. Lombalgia, dolore pseudo-viscerale, dolore pseudo-anca, pseudo-tendinite additiva. Sem. Hosp. Parigi 1981, 57, 11-12, 545-554
2. ROUVIERE H. DELMAS A. Anatomie Humaine Tome 2. Masson Paris.1992. 13a edizione. P 259
3. ALTIERI C. Biomeccanica Funzionale Dinamica. Trattamento osteopatico della colonna cervicale e toracica. Edi-ermes Milano. 2015. (7) 129-132.
4. DE GASQUET B. Addominali, ferma il massacro. 2005, editto di Robert Jauze. (3) 32.
5. ALTIERI C. Biomeccanica Funzionale Dinamica. Trattamento osteopatico della colonna cervicale e toracica. Edi-ermes Milano. 2015. (7) 134.
6. HEBGEN E. Osteopatia viscerale. Maloine Paris. 2005. (9) 156

