



# Conoscere le tendenze. Iper e ipomobilità delle articolazioni\*

**JOCHEN SCHOMACHER, PhD - Fisioterapista**  
Docente di terapia manuale - Küssnacht ZH, Svizzera

Ciascuna articolazione può tendere a diventare "troppo" o "poco" mobile in rapporto alla sua specifica anatomia e funzione.

Ogni articolazione possiede una peculiare predisposizione verso l'ipomobilità o l'iper mobilità. Riconoscere questa predisposizione durante la valutazione di un paziente, aiuta ad interpretare più correttamente e velocemente i risultati dell'analisi manuale (quantità di movimento, sensazione finale...).

La valutazione della mobilità articolare è un elemento essenziale della fisioterapia, in particolare nella terapia manuale; a riguardo vi sono però esigue prove scientifiche, anche perché è stata effettuata poca ricerca su tale argomento.

Ogni articolazione rappresenta un compromesso tra mobilità e stabilità. Uno fra i due aspetti ha solitamente carattere dominante, l'altro invece diventa il punto debole della stessa articolazione.

Le indicazioni riguardanti la mobilità o la stabilità di un'articolazione, sono deducibili dalla forma delle superfici articolari e dall'apparato capsulo-legamentoso (Tabella 1).

L'anca, per esempio, ha come caratteristica principale quella di essere stabile, grazie alle sue superfici articolari avvolgenti e congruenti, nonché alla tenuta dell'apparato capsulo-legamentoso; il suo punto debole però è l'ipomobilità: spesso diventa rigida.

L'articolazione gleno-omeroale presenta una caratteristica opposta: tale articolazione è primariamente mobile, e il suo punto debole è di conseguenza la mobilità: è spesso ipermobile.

Un ruolo particolare è giocato dalle articolazioni che hanno come funzione prevalente quella di ammortizzatore, per esempio l'articolazione sacro-iliaca: sono principalmente stabili, ma hanno una tendenza all'iper mobilità. L'articolazione radio-ulnare prossimale a sua volta presenta caratteristiche insolite; nonostante una grande congruenza e copertura delle superfici articolari, essa è molto mobile (quasi 180°), ma tende alla ipomobilità. Alcune volte invece può diventare traslatoriamente ipermobile, per esempio in relazione all'aumento dell'intensità di un allenamento del muscolo bicipite brachii che tiri forzatamente e ripetutamente il radio in direzione anteriore. Non è pertanto facile riconoscere una sistematicità in tale argomento (vedi figura).

## "IPER OPPURE IPOMOBILE?"

I disturbi del movimento che il paziente sviluppa non dipendono soltanto dall'anatomia; per esempio, giocano un ruolo importante le malattie del tessuto connettivo, i traumi e l'immobilizzazione. Cenni a riguardo si possono trovare nell'anamnesi e con l'ispezione (Tabella 2).

Nel caso che una forza eccessiva abbia agito sull'articolazione, ad esempio a seguito di una lussazione, distorsione o rottura, rimangono spesso un'instabilità, un edema cronico e/o un dolore cronico, in particolare nei casi in cui il trattamento sia stato insufficiente.

Una forza che agisce a lungo o ripetutamente al limite dell'ampiezza di movimento, come quando si sta in piedi sul bordo esterno del piede, può nel tempo rendere lasse le strutture che fisiologicamente limitano i movimenti. Anche questo può favorire l'iper mobilità.

Spesso l'invecchiamento fisiologico, o alcune malattie, come la spalla congelata e la spondilite anchilosante, sono responsabili della retrazione del tessuto connettivo. Una limitazione del movimento può anche risultare da una scarsa azione di forze fisiologiche sui tessuti, per esempio durante l'immobilizzazione o - come per molti pazienti geriatrici - quando non viene sfruttata l'intera ampiezza del movimento.

## FUNZIONE E PUNTI DEBOLI DELLE ARTICOLAZIONI

Ogni articolazione ha una funzione dominante e caratteristici punti deboli in merito alla sua mobilità. Questi punti deboli possono dare al terapeuta cenni riguardo alla direzione del trattamento da intraprendere. Ma in nessun caso ciò sostituisce un esame funzionale completo e approfondito. Questo quadro d'insieme non è una "ricetta di cucina", ma aiuta nel ragionamento clinico e completa l'esame del movimento (vedi il box "Non dimenticare").

Quando un'articolazione è soprattutto stabile grazie alla sua anatomia, tende spesso verso l'ipomobilità. Un'articolazione soprattutto mobile invece ha una tendenza verso l'iper mobilità. Alcune articolazioni mostrano eccezioni a tali tendenze, come la sacro-iliaca, che è soprattutto stabile ma tende alla ipermobilità.

**Non dimenticare: I TRE PRINCIPI NEL PROCESSO DI RAGIONAMENTO CLINICO**

- Le patologie comuni appaiono più frequentemente! Un ragionamento diagnostico concentrato su ciò che è più frequente, avrà nella maggioranza dei casi ragione.
- Manifestazioni insolite di patologie frequenti si manifestano più spesso di manifestazioni ordinarie delle malattie più rare.
- Nessuna patologia è rara per il paziente che ne soffre.

*Da: Cutler, P. Problem Solving in Clinical Medicine, From Data to Diagnosis Philadelphia ... Lippincott Williams & Wilkins, 1998; pagine 61-62*

\* Traduzione per gentile concessione della casa editrice Georg Thieme Verlag, Stuttgart, Germania, dell'articolo: Schomacher J. Tendenzen kennen, hyper - und hypomobile Gelenke. physio praxis, 11-12, 2012: 51.

Si ringrazia il collega Simone Patuzzo per il competente aiuto per la pubblicazione in Italiano di questo articolo.

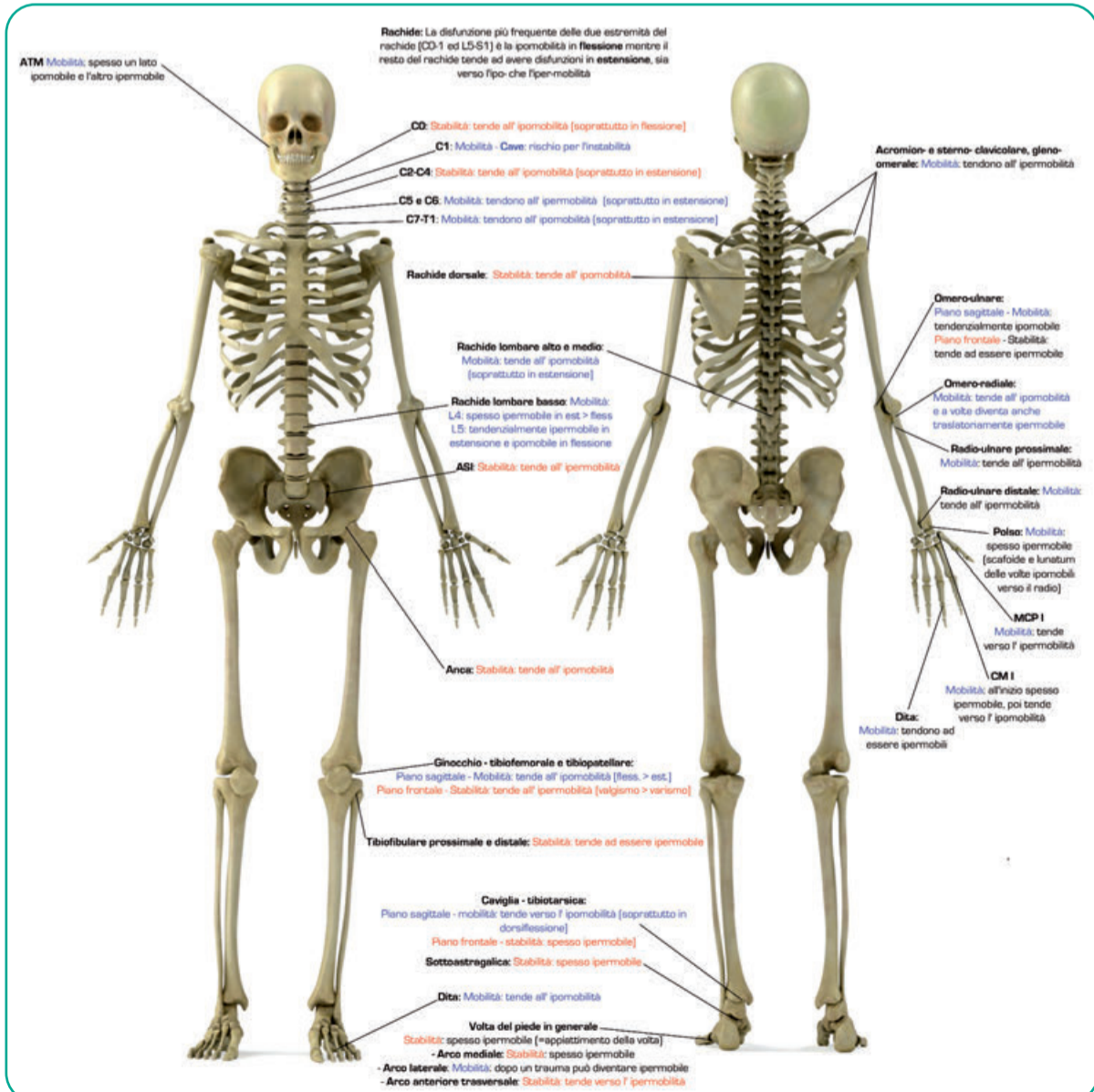
Jochen Schomacher, PhD  
PT-OMT, MCMK, DPT  
Florastrasse 5 - CH-8700 Küssnacht ZH  
Svizzera  
jochen-schomacher@web.de

	Caratteristiche che favoriscono tanta stabilità	Caratteristiche che favoriscono tanta mobilità
<b>Copertura delle superfici articolari</b>	tanta come per esempio della trochlea omeri da parte della incisura trochlearis ulnae	poca come per esempio la testa dell'ulna da parte della incisura ulnaris radii
<b>Congruenza tra le superfici articolari</b>	alta come per esempio tra occipite e atlante	bassa come per esempio nell'articolazione femoro-tibiale
<b>Capsula articolare e legamenti</b>	spessi e forti come per esempio nell'articolazione sacro-iliaca	sottili e lassi come per esempio nell'articolazione gleno-omeroale

Tabella 1 - Attributi anatomici tipici che caratterizzano un'articolazione come stabile o, rispettivamente, mobile.

Una rigidità articolare ha bisogno per svilupparsi	Una ipermobilità ha bisogno per svilupparsi
di un periodo d'immobilizzazione prolungato come per esempio nel gesso oppure dopo un intervento chirurgico	di un trauma come per esempio la lussazione, la rottura e la distorsione
di un periodo prolungato di non uso come per esempio nell'età geriatrica	di rimanere ripetutamente oppure per un periodo prolungato in fine ampiezza articolare oltre il primo stop del movimento come per esempio nella postura cattiva
di una patologia come per esempio la spalla congelata oppure la spondilite anchilosante	di una patologia come la ipermobilità articolare generale

Tabella 2 - Cenni per l'iper- e l'ipomobilità che possono emergere durante l'anamnesi e nell'ispezione.



La figura illustra la tendenza caratteristica per la disfunzione del movimento in ogni articolazione. Tutto ciò è basato sull'esperienza clinica in assenza di evidenza scientifica. L'intenzione è quella di motivare i colleghi a riflettere e a discutere sulle proprie esperienze in modo da iniziare la ricerca scientifica al riguardo.

# formazione salute

Formazione Salute srl, Provider nazionale ECM, organizza a Bolzano, Trento, Firenze, Cagliari i corsi di terapia manuale **Concetto OMT Kaltenborn-Evjenth**

Per leggere i programmi del corso e per richieste di collaborazione visitare il nostro sito [www.formazionealute.eu](http://www.formazionealute.eu).

Contatti per email: [segreteria@formazionealute.eu](mailto:segreteria@formazionealute.eu), o tel. 045 9231324  
- Dr. Simone Patuzzo, responsabile scientifico -