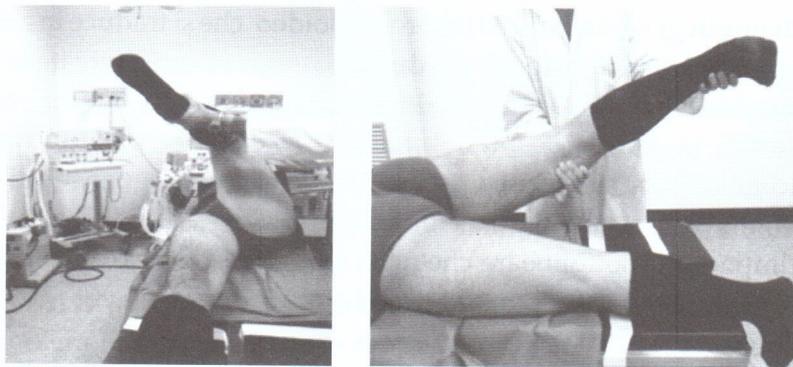


**movimenti estremi contro resistenza (calcio, rugby e arti marziali) possono causare tale patologia. Occorre fare diagnosi differenziale con la pubalgia per l'interessamento dei muscoli adduttori.**

All'esame obiettivo è possibile riscontrare scrosci e/o pseudoblocchi articolari, un ridotto range di movimento, in particolare nella flessione e nell'intrarotazione, dolore all'esecuzione dei test provocativi per IA (impingement anteriore) e IP (impingement posteriore). Il primo consiste nell'eseguire movimenti di flessione, adduzione ed intrarotazione dell'anca con il paziente supino; il secondo, invece, viene effettuato in posizione prona estendendo ed extraruotando l'anca (13).



La conferma diagnostica viene data dall'esame Rx-grafico del bacino che richiede 3 proiezioni specifiche: antero-posteriore (AP), assiale a 45° e falso profilo di Lequesne che consente di riscontrare le lesioni da contraccolpo nell'impingement tipo Pincer.

Nell' AP si ricerca il grado e la localizzazione della retroversione acetabolare: in condizioni fisiologiche la parete anteriore è aperta in avanti e non interseca quella posteriore. Nel conflitto di tipo Pincer localizzato, invece, le due pareti si attraversano radiograficamente dando luogo al "cross-over sign".

In alcuni casi è necessario ricorrere alla RMN o ARTRO-RMN dell'anca che si avvale della somministrazione intrarticolare del m.d.c., consentendo di valutare i danni provocati dal conflitto che se troppo severi precludono la chirurgia mini-invasiva. Tali indagini sono utili,