IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO NEI TRAUMI DISTORSIVI DI CAVIGLIA

Con il termine caviglia, intendiamo l'entità anatomo-funzionale formata dalla tibio-tarsica, che consente prevalentemente il movimento di flesso-estensione e dalla sotto-astragalica e medio-tarsica che permettono i movimenti torsionali e di adduzione-abduzione del piede (fig. 1-2).

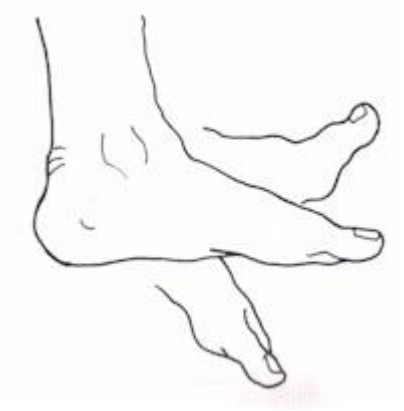


FIG. 1



FIG. 2

L'articolazione della caviglia è sottoposta in numerose discipline sportive a sollecitazioni che tendono a spostare i diversi costituenti scheletrici, determinando talvolta lesioni dei mezzi di unione ossea (capsulo-legamentosi).

Nell'articolazione tibio-tarsica è infatti consentito, in condizioni fisiologiche, soltanto il movimento di flesso-estensione; qualunque forza trasmessa dal piede dovuta a sollecitazione dello stesso, che tenda a far ruotare l'astragalo attorno al suo asse, può provocare lesioni all'articolazione.

I traumi "da sport" coinvolgono principalmente il comportamento capsulo-legamentoso esterno, biomeccanicamente più esposto, generalmente per un movimento forzato di varo-supinazione (inversione del piede).

Quando il piede è in posizione neutra, normalmente appoggiato la suolo, la stabilità del compartimento esterno è assicurata soprattutto dal legamento peroneo-calcaneare (P.C.), dal legamento peroneo astragalico posteriore (P.A.P.) e dalle strutture capsulari; quando il piede è in equinismo è il legamento peroneo astragalico anteriore che viene posto per primo in tensione nei movimenti di inversione forzata del piede (fig. 3).

Importante funzione stabilizzatrice è svolta anche dal legamento interosseo "a siepe" del seno del tarso (articolazione sotto-astragalica)(fig. 4).



FIG. 3

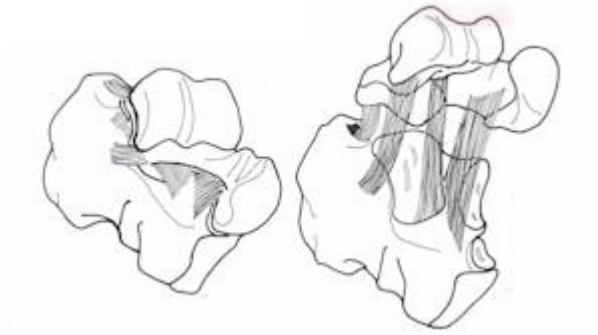


FIG. 4

In caso di lesione del compartimento esterno della caviglia potremo avere un interessamento in successione o nell'insieme, di queste strutture legamentose.

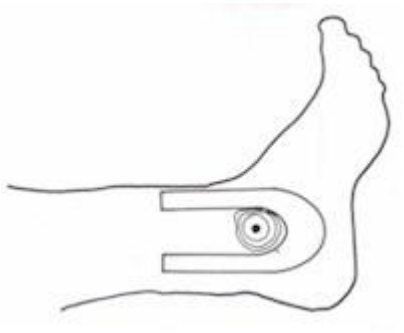
Il corretto inquadramento del trauma è di estrema importanza, poiché condizionerà le scelte terapeutiche che varieranno a seconda del grado di lesione.

VALUTAZIONE	PROGRAMMA TERAPEUTICO
GRADO ZERO Stiramento temporaneo dell'apparato capsulo-legamentoso con soffusione emorragica peri-malleolare. Talvolta piccolo ematoma laterale. Dolenza locale. RX dinamiche. Varo forzato max. 10° di apertura dell'angolo tibio-astragalico. Cassetto ant-post. max. 10 mm.	• Bendaggio di base per 15 gg. • Rieducazione precoce • Ginnastica propriocettiva
GRADO UNO Rottura isolata del Peroneo Astragalico Anteriore (avulsione del malleolo o lesione nel suo contesto, più raro il distacco distale). Tumefazione laterale importante. Dolore. Parziale impotenza funzionale. RX dinamiche. Varo forzato max 15°. Cassetto ant.-post. max 10 mm	• Bendaggio tipo "Major" per 7 gg. e successiva rivalutazione • Bendaggio base o "Major" per altri 15 gg. • Eventuale riconfezione fino a 4 settimane • Taping nello sport per 6 mesi • Rieducazione propriocettiva
GRADO DUE Rottura Peroneo Astragalico Anteriore + Peroneo Calcaneare + (a volte) rottura del fascio Astragalo Calcaneare (parte anteriore del Peroneo Calcaneare che in genere si rompe nel contesto della guaina dei peronieri). Ematoma sia laterale che mediale. Dolore. Impotenza funzionale con zoppia. RX dinamiche. Varo forzato: oltre 20°. Cassetto ant.-post. 15 mm	• Trattamento con stivaletto gesso o riparazione chirurgica a seconda dei casi • Bendaggio ad immobilizzazione parziale alla ripresa dell'attività • Taping nello sport per un anno • Rieducazione propriocettiva
GRADO TRE Rottura Peroneo Astragalico Anteriore + Peroneo Calcaneare + Peroneo Astragalico Posteriore + Capsula antero laterale + frequente lesione della Sindesmosi (a volte distacchi osteocondrali). Spesso lesione sottoastragalica (legamento a siepe) e distacchi dell'apice del malleolo peroneale. L'importante ematoma che si verifica è dovuto alla rottura di un'arteriola terminale della peroneale subito al davanti del peroneo astragalico Posteriore.	• Riparazione chirurgica • Bendaggio ad immobilizzazione parziale alla ripresa dell'attività • Taping nello sport per un anno • Rieducazione propriocettiva

LESIONI RECENTI

Considerando la suddivisione in gradi di lesione nella caviglia, adotteremo la tecnica del bendaggio dinamico ad immobilizzazione parziale in tutte le lesioni acute di grado 0 od 1.

Per qualche giorno, prima di procedere al bendaggio, si utilizzano crioterapia locale e talvolta anti-infiammatori ed arto in scarico mantenuto elevato allo scopo di ridurre l'edema e la flogosi locale. A tale scopo, viene anche utilizzato un bendaggio "pre-funzionale", costituito da una benda elastica in tutte le direzioni, sotto alla quale viene applicato un "ferro di cavallo" in feltro o poliuretano espanso che comprime selettivamente la regione peri-malleolare, facilitando l'evacuazione ed il drenaggio dell'edema locale.



Successivamente, dopo 3 o 4 giorni, quando la compressione e lo scarico hanno ridotto le dimensioni della caviglia, viene applicato il bendaggio secondo la tecnica base.

Questo bendaggio verrà mantenuto per 2 settimane; con una successiva valutazione si deciderà, a seconda delle condizioni e del dolore locali, se riconfezionare il bendaggio di base o passare ad una forma più leggera. (HAFTELAST).

Le lesioni di grado 2 o 3 non vengono mai trattate da noi in prima istanza con il bendaggio dinamico ad immobilizzazione parziale, che verrà comunque utilizzato successivamente come ausilio e protezione nella fase di recupero della caviglia, sia in caso di terapia chirurgica che dopo l'immobilizzazione in gesso.

LESIONI RECENTI SU PRECEDENTI

Nelle lesioni recenti su precedenti, che spesso sono la "regola" negli sport a rischio per la caviglia, utilizziamo la metodica del bendaggio nelle lesioni di grado 0, 1 e talvolta 2, preferendo indirizzare verso la ricostruzione chirurgica i casi con instabilità croniche di grado 3. In questi casi il bendaggio viene portato complessivamente 30 giorni, cambiandolo tuttavia dopo i primi 15 giorni. Nel periodo successivo consigliamo sempre all'atleta di adottare il bendaggio preventivo alla ripresa dello sport.

INSTABILITA' CRONICHE

Nelle instabilità croniche è indispensabile un accurato studio (clinico-strumentale) dell'articolazione dell'atleta cercando di valutare accuratamente sia il grado di instabilità, sia la causa di questa: stabilità passiva scheletrica-anatomica e capsulo-legamentosa, capacità di compenso dell'apparato muscolo-tendineo e valutazione della coordinazione muscolare.
Distingueremo quindi:

- Lassità articolari vere
- Instabilità articolari soggettive

Nel primo caso si evidenzia un'alterazione dell'articolarità per reale ed obiettivabile danno di strutture scheletriche o legamentose.

Nel secondo caso comprendiamo tutti quei casi in cui l'atleta riferisce la sensazione d'instabilità della caviglia soprattutto compiendo specifici gesti atletici; non sempre sono obiettivabili vere lassità articolari croniche, ma sempre vi è un'anamnesi positiva per ripetuti episodi distorsivi.
In questi casi sembra rivestire molta importanza un danno a livello dei meccanismi di propiocettività con conseguente in coordinazione degli stabilizzatori attivi muscolari.
Noi consigliamo al primo gruppo la soluzione chirurgica, al secondo gruppo insegniamo la metodica del bendaggio associata ad una accurata rieducazione propriocettiva.
Spesso però gli atleti preferiscono comunque sottoporsi in prima istanza ad una rieducazione propriocettiva che nelle instabilità croniche è importantissima
La metodica della ginnastica propriocettiva permette di ridurre del 50% le indicazioni all' intervento nelle instabilità croniche di caviglia.
Noi utilizziamo in questi casi il bendaggio ad immobilizzazione parziale come un supporto di sicurezza da utilizzarsi durante le rieducazione propriocettiva nelle fasi iniziali e consigliamo il bendaggio preventivo, alla ripresa dell'attività sportiva.