Impingement fibroso

IL DOLORE ANTERIORE DELLA CAVIGLIA: CAUSE E TERAPIA



Il dolore anteriore della caviglia è una patologia di frequente riscontro soprattutto nelle caviglie che hanno subìto numerosi traumatismi; le distorsioni sono le principali responsabili, seguono i microtraumi da sovraccarico funzionale e le fratture. I traumatismi distorsivi della caviglia rappresentano un'evenienza comune in molti sport ed anche nel fuoristrada; nonostante lo stivale, la caviglia è soggetta a traumi e microtraumi, basti pensare quante volte il piede urta contro al terreno all'atterraggio di un salto o passando tra profondi canali o quando si fa perno con il piede in appoggio in curva. Lo stivale da motocross dovrebbe offrire protezione e leggerezza, impermeabilità e traspirazione oltre a consentire una buona mobilità del piede garantendo la massima sensibilità sui comandi. Alcune aziende da anni stanno studiando specifiche protezioni per limitare i movimenti torsionali sulla caviglia.
Nonostante tutto, però, i traumi contusivi o distorsivi della caviglia sono frequenti ed un dolore cronico dopo una distorsione si può apprezzare in circa il 20% dei casi.

LE CAUSE PIÙ FREQUENTI DEL DOLORE ANTERIORE DELLA CAVIGLIA SONO:

- *distorsioni (soprattutto con lesione del legamento peroneo-astragalico anteriore)*
- *fratture*
- *microtraumi ripetuti*

Un quadro clinico piuttosto frequente è il cosiddetto "impingement fibroso" che può essere anteriore o antero-laterale: fu descritto per la prima volta da Wolin nel 1950, che apprezzò dolori cronici della caviglia in 9 pazienti, quale sequela di un trauma distorsivo. Sottoposti questi pazienti ad intervento chirurgico, Wolin riscontrò un tessuto cicatriziale che ostacolava il movimento, e la rimozione di tale tessuto risolse la sintomatologia in tutti i casi. L'impingement può essere la conseguenza di distorsioni, soprattutto quando la diagnosi e il trattamento non siano correttamente effettuati; distorsioni con lesione legamentosa e guarigione incompleta, sulle quali i movimenti reiterati (quali i microtraumatismi ripetuti in moto) possono creare uno stato di infiammazione cronica: la cicatrice fibrosa che si forma provoca dolore con un meccanismo conflittuale.
In questa patologia difficilmente le indagini radiografiche convenzionali sono utili alla diagnosi ed anche la TAC è spesso negativa. Solo la Risonanza Magnetica se correttamente eseguita può evidenziare una ipertrofia sinoviale nella regione anteriore della caviglia. Il termine comunemente impiegato di dolore cronico anteriore di caviglia post distorsione dovrebbe ora essere sostituito da impingement-fibroso-antero laterale, più appropriato per quella patologia.

"consiglio del mese"

In questa patologia difficilmente le indagini radiografiche convenzionali sono utili alla diagnosi ed anche la TAC è spesso negativa.

a cura del Dr. ***Alberto Gobbi***
info@oasiortopedia.it
(foto Gutierrez/Queralt)







TRATTAMENTO ARTROSCOPICO

L'artroscopio (2,7 o 4 mm) viene introdotto nella articolazione della caviglia ed una volta evidenziato l'impingement antero-laterale con ipertrofia sinoviale si procede all'asportazione del tessuto cicatriziale con uno strumento motorizzato (una sorta di piccola fresa che aspira e taglia il tessuto).

Talvolta si riscontrano segni di sofferenza cartilaginea a carico dell'astragalo o del perone.

E' necessario asportare la membrana sinoviale infiammata e le aderenze eventualmente presenti oltre ad eventuali frammenti del lacerato.

Il tessuto infiammatorio va ricercato anche a livello della sindesmosi e tra tibia e perone.

TRATTAMENTO POST CHIRURGICO

Il paziente viene generalmente immobilizzato con una doccia gessata od un tutore per una settimana, quindi si confeziona un bendaggio funzionale oppure si utilizza un tutore che gli consente la deambulazione che sarà protetta per due settimane; in questo periodo verrà assistito da un fisioterapista per una congrua riabilitazione comprendente anche opportuni esercizi propriocettivi: quindi, viene consigliato l'utilizzo di una cavigliera con la quale potrà gradualmente tornare all'attività sportiva.

Il trattamento artroscopico dell'impingement fibroso antero-laterale presenta una elevata percentuale di successo con completa risoluzione in oltre l'80% dei casi.

IMPINGEMENT OSSEO ANTERIORE

Si tratta di una lesione di più frequente riscontro nei calciatori e nei ballerini, però anche sportivi praticanti altre discipline possono presentare impingement osseo anteriore.

O' Donoghue l'ha riscontrata nel 45% dei calciatori, Stoller nel 59% dei ballerini.

E' caratterizzata dalla presenza di un osteofita a livello del margine anteriore della tibia ed è generalmente associata ad un'area osteofitosica del collo astragalico detto "Kissing Lesion".

Scranton e Mc Dermont hanno descritto i quattro stadi dell'impingement:

- Impingement sinoviale con osteofita minore di 3 mm
- Reazione osteocondrale con osteofita tibiale maggiore di 3 mm, non alterazioni dell'astragalo
- Grosso osteofita sulla tibia e sull'astragalo
- Grosso osteofita frammentato con artrosi della tibio-tarsica

Questi atleti lamentano forti dolori durante la flessione dorsale della caviglia nell'atto di correre, salire le scale o durante scatti e allunghi.

SEGNI RADIOGRAFICI

Le radiografie in laterale permettono di visualizzare l'osteofita tibiale, apprezzato nelle proiezioni funzionali di massima flessione dorsale.

Sono utili le radiografie comparative prima dell'intervento, ricordandosi che l'angolo normale del collo della tibia è di 60 gradi.

TRATTAMENTO ARTROSCOPICO

Dopo la fase diagnostica l'osteofita viene asportato mediante un osteotomo regolarizzando il margine tibiale con una fresa aggressiva.

Bisogna fare attenzione ad asportarlo totalmente senza lesionare le strutture neuro-vascolari anteriori.

Gli strumenti sono utilizzati in alternanza per via antero-mediale e antero-laterale. Si può consigliare una radiografia intraoperativa per controllare che l'asportazione dell'osteofita sia completa.

Dopo l'intervento il paziente porterà una doccia gessata per circa 7 giorni, evitando il carico, quindi inizierà la deambulazione e la riabilitazione.

Il risultato è buono e nella maggior parte dei casi si ottiene un incremento dell'articolarità della caviglia.

CASISTICA

Dal 1992 al 1996 abbiamo trattato 20 atleti con impingement osteofibroso anteriore di caviglia.

In 14 casi si trattava di un impingement fibroso in esiti di ripetuti traumi distorsivi non trattati convenientemente.

Nella maggior parte l'impingement era antero-laterale, in 2 casi anche mediale associato a condromalacia della cupola astragalica.

Il risultato è stato buono con risoluzione del dolore e ripresa dell'attività sportiva al medesimo livello in circa il 70% dei casi.

I 10 soggetti trattati per impingement osseo erano sportivi praticanti od ex atleti provenienti dal calcio (7 casi) o dal motocross (3 casi). Si trattava di lesioni grado 2 o 3. Tutti i pazienti hanno riferito beneficio dall'intervento.

In un solo caso abbiamo avuto come complicazione la formazione di una fistola a 10 giorni dall'intervento che si è risolta dopo cruentazione dei margini della ferita, sutura ed immobilizzazione della caviglia per 15 giorni.

Bibliografia

BASSET FH, GATES HS, BILLYS JB, *et al. Talar impingement by the anteroinferior tibiofibular ligament. A cause of chronic pain in the ankle after inversion sprain. J Bone Surg 1990; 72A:35*

BROOKS SC, POTTER BT, RAINEY JB. *Treatment for partial tears of the lateral ligament of the ankle: a prospective trial. Br Med J 1981; 282:606*

FERKEL RD, KARZEL RP, DEL PIZZO W, *et al. Arthroscopic treatment of anterolateral impingement of the ankle. Am J Sports Med 1991; 19:440*

FERKEL RD, FLANNIGAN BD, ELKINS BS. MRI *of the foot and ankle: normal anatomy with clinical correlation. Foot ankle 1991; 146:1192*

FERKEL RD. *Arthroscopic Surgery, The foot and ankle*

FREEMAN MAR. *Instability of the foot after injuries to the lateral ligament of the ankle. J Bone Joint Surg 1965; 47B:669*

GOBBI A, SANSONE V, MINALI L. *Il bendaggio dinamico ad immobilizzazione nel trattamento dei traumi distorsivi della caviglia nello sport. Indicazioni e limiti; Journal of sports traumatology*

HAMILTON WG. *Foot and ankle injuries in dancers. Clin Sports Med 1988; 7:160*

LIU SH, RASKIN BS, OSTI L, *et al. Arthroscopic treatment of anterolateral ankle impingement. Arthroscopy 1994; 10:215*

MARTIN DF, BAKER CL, CURL WW, *et al. Operative ankle arthroscopy: long term follow up. Am J Sports Med 1989; 17:16*

SOLOMON MA, GILULA LA, OLOFF LM, *et al. CT scanning of the foot and ankle. 1 Normal anatomy. Am J Roentgenol 1986; 146:1192*

WOLIN I, GLASSMAN F, SIDEMAN S. *Internal derangement of the talofibular component of the ankle. Surg Gynecol Obstet 1950; 91:193*