

Attualità in Sanità

QUEL DOLORE ANTERIORE

NEL GINOCCHIO DEI PICCOLI SPORTIVI...

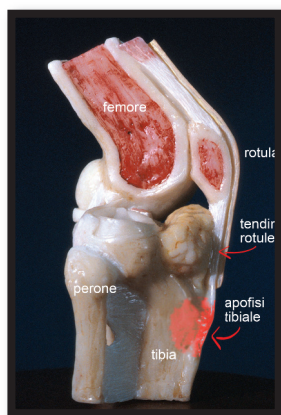
L'indagine diagnostica per eccellenza è l'esame radiografico che oltre a precisare lo stadio di evoluzione della malattia, consente di verificare la presenza o meno di altre forme di osteocondrosi a carico del ginocchio

Servizio di **Valentina Zinno**
in collaborazione con



Dott. Giancarlo Tripodi
Dirigente della Struttura
di Chirurgia Artroscopica
Ospedale "Pugliese-Ciaccio"
Catanzaro

Contemporaneamente, nel 1903, due medici di due paesi diversi, l'ortopedico nordamericano Robert Bayley Osgood e il chirurgo svizzero Carl Schlatler, descrissero una malattia del ginocchio che colpiva gli adolescenti. Tale malattia, da allora nota come malattia di Osgood-Schlatter, si manifesta con dolore e a volte con un circoscritto rigonfiamento di dimensioni variabili nella parte anteriore dell'articolazione, in corrispondenza della porzione terminale del tendine rotuleo. Il dolore che colpisce indistintamente i ragazzi e le ragazze, con una prevalenza per il sesso maschile, si può irradiare verso l'alto (la rotula) o verso il basso (la tibia). Esso aumenta di intensità quando il ginocchio viene flesso ai massimi gradi ma può presentarsi anche quando l'articolazione viene completamente estesa, come nel calcio ad un pallone o nell'esecuzione di un salto.



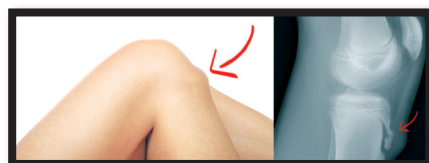
«Generalmente - afferma il **dottor Giancarlo Tripodi, dirigente della Struttura di Chirurgia Artroscopica dell'ospedale "Pugliese Ciaccio" di Catanzaro** - i soggetti maggiormente colpiti sono i giovani che praticano attività sportive quali appunto il calcio, la corsa, il basket, la pallavolo, le arti marziali ma anche attività artistiche quali la danza, soprattutto classica e il pattinaggio. I giovani pazienti affetti da questa malattia notano

dapprima il dolore al ginocchio durante l'esecuzione delle pratiche sportive e poi, in una fase successiva, la tumefazione anteriore dolente alla pressione. È a questo punto che, solitamente, i ragazzi e i loro genitori si rivolgono allo specialista ortopedico».

Cosa fa l'Ortopedico, in questi casi?

«È necessario confermare la diagnosi prima di iniziare il trattamento adatto. Lo si fa con un esame strumentale semplice, economico e rapido: la radiografia. Entrambe le ginocchia vengono radiografate.

Il radiologo e l'ortopedico avranno così modo di comparare le regioni ossee interessate e di verificare la presenza dei segni della malattia: un'apofisi tibiale dai margini irregolari, frammentata e a volte sollevata (fig. 2). L'esame radiografico



consente inoltre, a ortopedici e fisiatra, di monitorare l'andamento della malattia. La guarigione - che avviene, anche spontaneamente, nella maggior parte dei casi - è evidenziata dalla scomparsa dei segni suddetti: l'apofisi tibiale si "salda" sull'osso».

Come si cura questa malattia?

«Nella prima fase occorre che i piccoli pazienti sospendano l'attività sportiva per un periodo congruo. L'applicazione di ghiaccio locale, per circa quindici minuti e più volte al giorno, provoca un'attenuazione della sintomatologia dolorosa, evitando di far ricorso ai farmaci antiinfiammatori che vengono adoperati nei casi resistenti. Personalmente prescrivono una speciale ortesi: una fascia da applicare in

corrispondenza del rilievo o del dolore (fig. 3). Essa, comprimendo delicatamente la regione di inserzione del tendine rotuleo,



porta ad un sollievo della sintomatologia dolorosa, diminuendo gli stress di sollecitazione meccanica sulla regione. Si indossa durante la pratica sportiva e nei periodi di riposo, si rimuove durante il riposo notturno. Una volta che i sintomi si sono attenuati o sono scomparsi, inizia la fase della riabilitazione».

In cosa consiste questa fase?

«I pazienti dovranno eseguire, sotto il diretto controllo del Fisiatra, esercizi di allungamento (lo stretching) e di potenziamento dei muscoli della coscia. Tra gli sport consigliati, nuoto e bicicletta in pianura sono certamente da preferire. In casi totalmente resistenti al trattamento, fortunatamente rarissimi, è necessario intervenire chirurgicamente sugli esiti. Il chirurgo ortopedico asporta i frammenti ossei voluminosi, o l'intera porzione dell'apofisi tibiale, e reinserisce il tendine rotuleo sulla tibia. Il periodo di riabilitazione è piuttosto lungo, anche quattro -sei mesi».

Dopo quanto tempo guarisce la malattia?

«In genere, dopo 18-36 mesi dall'esordio dei sintomi. Essendo una delle malattie cosiddette da accrescimento, essa poi non si manifesta più quando il soggetto ha raggiunto la maturità scheletrica: 16/17 anni per le ragazze e 18/19 per i ragazzi».