

# LA PATOLOGIA OSTEOARTICOLARE DEL PIEDE IN ATLETICA LEGGERA

Mario Spinelli, Fabio Chiellini, Stefano Spagnuolo\*

II Clinica Ortopedica Università di Pisa  
(Direttore: Prof. N. Marchetti)

\* Responsabile FIDAL del C.N.A. - Coni Tirrenia

La patologia del piede in atletica leggera è prevalentemente legata al sovraccarico che questa struttura subisce sia in fase di competizione, sia e soprattutto in fase di allenamento. Tutte le specialità tecniche presentano più o meno problematiche di sovraccarico senza però manifestare specificità.

Una patologia che negli ultimi anni è stata conosciuta e soprattutto studiata meglio è quella delle fratture da stress; infatti fino a pochi anni fa la frattura da stress tipica dei metatarsi, meglio conosciuta come "piede di recluta" o Malattia di Deutchlander, aveva un quadro radiografico di callo osseo a manicotto tipico della fase riparativa. Adesso con le ultime apparecchiature più o meno sofisticate (scintigrafia ossea, Tac, Rmn) siamo in grado di diagnosticare tali fratture anche se mute dal punto di vista radiografico e quindi prendere per tempo i presidi adatti.

Con queste metodiche sono state messe in evidenza fratture che prima non erano mai state descritte e cioè dello scafoide, del cuboide, del IV e V metatarso, oltre che naturalmente quelle più frequenti dei metatarsi centrali e dei sesamoidi.

In linea di massima il trattamento di tale patologia è incruento e si avvale di presidi ortopedici con tutori e apparecchi gessati che scaricano totalmente l'arto interessato; il trattamento con campi magnetici pulsati è stato

dimostrato influenzare favorevolmente la guarigione riducendo di circa 1/3 il tempo di malattia.

Accenniamo solamente ad una frattura da stress, la cosiddetta frattura di Jones, della metadiafisi prossimale del V metatarso che, secondo la nostra esperienza, raramente esita in buona consolidazione se trattata incruentamente; infatti abbiamo sottoposto un discobolo ad intervento chirurgico ben 2 volte per una frattura da durata trattata ab initio con apparecchio gessato. Abbiamo inoltre osservato 2 casi esitati in pseudoartrosi, peraltro non invalidante.

La ripresa agonistica è sempre difficile da stabilire e non scevra di ricadute in quanto l'unico dato affidabile è il dolore accusato dall'Atleta; il quadro scintigrafico rimane positivo a lungo anche dopo la ripresa funzionale.

Per quanto riguarda la patologia articolare, l'indagine radiografica e talvolta anche quella T.A.C. e R.M.N. non sempre danno informazioni necessarie ad una completa diagnosi ed accurata terapia.

Frequentemente in tutti quei casi in cui riteniamo un dubbio diagnostico possa comportare un lungo periodo di infermità (questo soprattutto in atleti di interesse nazionale), siamo soliti praticare l'artroscopia della caviglia che rappresenta un intervento chirurgico vero e proprio da praticare con tutte le regole di sterilità in sala

operatoria. L'anestesia praticata in quasi tutti i casi è il cosiddetto bi-block, ovvero il blocco periferico alla radice della coscia del N. Sciatico e del N. Femorale; questo provoca una vasodilatazione periferica che permette di riconoscere meglio le strutture anatomiche e quindi di disegnare le vie di accesso all'articolazione. Buona regola è quella di procedere per via smussa all'introduzione dello strumento ottico, onde evitare danni alle strutture nervose e vascolari.

Per ottenere una buona visualizzazione dell'articolazione è opportuno praticare una buona distrazione dell'articolazione che nella maggior parte dei casi otteniamo con una staffa applicata su di un filo di Kirschner transcalcaneare. Con questa metodica non riusciamo però ad ottenere una visione articolare dinamica; in commercio sono reperibili strumenti distrattori a tipo fissatore esterno che hanno però l'inconveniente di produrre danni da iperdistensione.

Le vie di accesso articolare più usate sono 2 anteriori e 2 posteriori; la via antero-mediale si localizza subito all'interno del tendine tibiale anteriore; la via antero-laterale si localizza subito all'esterno del tendine del terzo peroniero, in prossimità del N. Peroneo Superficiale; la via postero-mediale decorre all'interno del tendine di Achille, tra questo ed il fascio vascolo nervoso tibiale posteriore; la via postero-laterale tra il tendine di Achille e la V. Piccola Safena, in prossimità del N. Surale.

Attraverso queste vie è possibile osservare la patologia articolare tranne che nei recessi postero-mediale e postero-laterali che sono difficilmente accessibili; disponiamo di un'ottica di 2,7 mm che ci permette di lavorare con disinvoltura in quasi tutta l'articolazione.

Le indicazioni specifiche a questa metodica sono rappresentate:

- in caso di artralgia persistente post-traumatica in atleti in cui in assenza di chiare instabilità legamentose late-

rali, ma in presenza di sensazione di cedimenti, scatti o blocchi si sospetta la cosiddetta "lesione meniscoide", descritta da Wolin e coll. già nel 1950, costituita da una reazione fibrocicatriziale intra-articolare;

- nelle lesioni capsulo-legamentose, sia in fase acuta quando è necessario fare una diagnosi di entità di lesione, sia in fase cronica al momento di ricostruzione plastica legamentosa onde accertare lo stato della cartilagine articolare;

- nei casi in cui si osservano versamenti ematici con indagine radiografica negativa e si sospetti la presenza

di piccole fratture osteocondrali o di distacchi cartilaginei che, per una ripresa sportiva completa, devono essere rimossi o fissati;

- nelle osteocondriti dissecanti in cui la visualizzazione diretta permette di decidere se praticare un intervento chirurgico di toilette o di fissazione;

- nei casi in cui vi sono corpi mobili che possono essere rimossi agevolmente;

- nei casi di sinovite secondaria ad artrite reumatoide od osteoartrosi, oppure primaria di tipo villonodulare;

- infine nei casi in cui residua un deficit articolare post-traumatico in cui

una pulizia artroscopica con strumentario motorizzato può migliorare il rendimento funzionale.

Le uniche controindicazioni a questa metodica sono rappresentate da infezioni in atto e da una rigidità articolare grave.

Con le dovute precauzioni ed in mani esperte l'artroscopia di caviglia rappresenta una tecnica valida nel riconoscere e trattare patologie articolari difficilmente diagnosticabili; la pratica chirurgica è possibile, seppur con difficoltà maggiori che nel ginocchio, data la morfologia anatomica articolare.

