

LE TENDINITI DEL TENDINE DI ACHILLE

L'instaurarsi di un dolore al tendine di Achille o nei punti delle sue inserzioni (tendiniti o entesiti) costituiscono quasi sempre motivo di forte apprensione sia per gli atleti che per noi medici, non solo per il diminuito rendimento e la inattività che esso comporta, ma soprattutto per la possibilità di frequenti recidive.

Questo aspetto prognostico non del tutto favorevole è determinato dalla costituzione totalmente differente sia dal punto di vista anatomico che funzionale di questa struttura nei confronti di un sistema motore attivo (il muscolo) e di un sistema di trasmissione passivo (l'osso) uniti da una formazione intermedia il tendine e le sue inserzioni.

A secondo della sede del processo patologico si possono distinguere le tenosinoviti o tenovaginiti, le peritendiniti, le entesiti, le mioentesiti, le tendinosi. A differenza delle entesiti e mioentesiti che potremmo definire affezioni delle estremità del tendine, le altre forme hanno quasi sempre una sola localizzazione, quella cioè in cui il tendine ha il suo tratto più stretto a circa 3 cm. sopra il calcagno, vero punto debole del tendine.

Quadro clinico

Il dolore che l'atleta accusa può essere più o meno intenso in rapporto alla localizzazione e alla entità della lesione. Può insorgere alle volte bruscamente, ma più spesso sopravviene in modo lento.

Si distinguono varie forme. Le tenovaginiti che interessano prevalentemente la guaina per un processo infiammatorio cronico e che si presentano con dolore alla pressione e una lieve tumefazione della parte. Le peritendiniti costituite da una affezione che interessa il tessuto parasinoviale della guaina e che si presenta con una triade sintomatologica costituita da crepitazione alla palpazione, tumefazione e

dolore ai movimenti provocati. Le entesiti che interessano il tendine prevalentemente nel suo punto di inserzione sul calcagno. I dolori compaiono più frequentemente alla fine dell'esercizio e tendono ad aumentare quando l'attività sportiva non si interrompe. Non è raro osservare in tali casi una tendenza alla produzione di piccole calcificazioni in prossimità della zona inserzionale. Le tendinosi sono forse tra le lesioni più preoccupanti. Esse seguono quasi sempre ad un ripetersi di episodi tendinitici più o meno ravvicinati e a cure infiltrative incongrue e sono costituite da lesioni a tipo degenerativo del tessuto tendineo. La parte interessata del tendine può anche non essere ingrossata, mentre la dolenzia è discreta. Nel substrato di questa affezione vi è una degenerazione ialina o una ossificazione metaplasica. Detta lesione essendo irreversibile rappresenta sempre un grosso handicap per l'atleta. Essa infatti, per lo stato del tendine, è suscettibile di peggioramenti e in certi casi può anche precludere alla rottura del tendine stesso.

Considerazioni etiopatogeniche

Dobbiamo oggi rigettare nella maniera più assoluta tutte le teorie che nel passato hanno trovato un certo credito e dei sostenitori, quale la teoria tossinfettiva focale, quella reumatica, la teoria osteopatica, la teoria metabolica. Oggi non possiamo che ammettere una sola genesi delle affezioni tendinee: quella meccanica e quindi considerarla alla stregua di vere tecnopatie da sport o di kinesiopatie.

Le sollecitazioni violente e ripetute che l'apparato muscolo tendineo della faccia posteriore della gamba subisce in certe specialità atletiche e nella esecuzione di particolari gesti atletici e le tensioni che il tendine (così poco elastico) subisce nella ripetizione di violenti e rapidi movimenti

sono i motivi per il susseguirsi di microtraumatismi che portano a distrazione di fibre, a rottura di fibre, a microinfiltrazioni emorragiche, in un primo momento (motivo quindi di un quadro irritativo flogistico delle affezioni) e a reazioni connettivali a ossificazioni metaplastiche in un secondo momento (motivo del quadro degenerativo).

Si verifica così una situazione e cioè che alcuni movimenti atletici possono divenire sorgenti di stati patologici e si profila, come ha detto un autore bulgaro (Bankov) una nuova branca della medicina sportiva la patobiomeccanica il cui scopo è quello di determinare l'effetto patogeneo del gesto atletico e di ricercarne la profilassi.

Secondo le mie osservazioni e per il mio interesse a riconoscere un movente meno generico di impegno motorio nella genesi di queste affezioni del tendine d'Achille, dirò che mi è sembrato di intravedere il verificarsi dell'evento microtraumatico nella contrazione brusca del tricipite surale e quindi nella tensione violenta del tendine quando questo è ancora in fase di progressiva distensione per azione dei muscoli antagonisti quasi come per un meccanismo rapido di controtrazione. E questo a mio parere spiega come le tendiniti non siano solo appannaggio come comunemente si crede, dei saltatori, velocisti, ostacolisti, ma anche dei fondisti e mezzofondisti.

Nel meccanismo patogenetico delle affezioni del tendine di Achille è chiaro che oggi giocano un ruolo decisivo le nuove metodiche di allenamento e di potenziamento muscolare che portano a dei sovraccarichi funzionali delle strutture miotendinee rendendosi così responsabili di sofferenze microlesionali di queste strutture già molto tempo prima che compaia la lesione in tutta la sua acutezza.

Accanto a queste considerazioni e a questo aspetto per dire così patobiomeccanico, non possiamo tuttavia non ricordare la importanza di altri fattori che possiamo definire concausali. Sono questi le turbe statiche del piede (piede piatto e cavo), il tipo costituzionale dell'atleta, lo stile, la qualità dell'allenamento, il tipo di terreno, delle piste e delle pedane (troppo duro, accidentato ecc.), il tipo di scarpette con cui si corre o salta.

Considerazioni terapeutiche

Tenendo presente quanto sopra è detto e cioè che il movente principale e direi esclusivo delle forme dolorose del tendine d'Achille negli atleti è rappresentato dalle sollecitazioni violente e ripetute del tendine stesso, ne consegue una norma terapeutica essenziale: il riposo precoce, assoluto che in qualche caso può anche consistere nella immobilizzazione in apparecchio gessato. Se non si osserva questa regola fondamentale è inutile sperare che tutti gli altri mezzi curativi possano dare qualche risultato. Purtroppo tutti noi sappiamo come ci si senta davvero oppressi dal vasto armamentario medicamentoso, dalla sconsideratezza di certe terapie e dalle insistenze per il recupero rapido dell'atleta.

Noi siamo del parere che la terapia deve essere indirizzata caso per caso a seconda la gravità o meno della forma e il suo stadio di evoluzione.

Il tendine di Achille, a causa della sua superficialità si presta bene alla applicazione di medicamenti vari (fenilbutazone, benzidamina, eparinoidi, idrocortisone) sotto forma di pomate o soluzioni. Personalmente usiamo nelle forme più lievi una soluzione di dimetilsulfossido e betametassone. Bisogna essere consapevoli certo che questa terapia percutanea può offrire modesti risultati. L'uso di medicamenti anti-infiammatori e antireumatici per via generale (fenilbutazone, indometacina, pirazolinidione) si rivela utile in alcune forme particolarmente dolorose e sempre a nostro giudizio come terapia collaterale. Le infiltrazioni locali di sostanze anestetiche o di cortisonici microcristallini ha dato secondo la nostra esperienza risultati buoni nelle affezioni tendinee achillee acute, meno buone in quelle recidivanti o cronicizzanti. Usando comunque questa via si deve stare attenti a non eseguire la iniezione intratendinea. A nostro giudizio questa terapia infiltrativa cortisonica trova soprattutto indicazione nelle entesiti e nelle affezioni flogistiche sinoviali paratendinee.

Per quanto riguarda la fisio terapia si sono dimostrate del tutto inefficaci se non controindicate le applicazioni di calore (forni, infrarossi); mentre gli ultrasuoni e la roentgenterapia hanno dato ottimi risultati in parecchi casi.