

CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI CONDRALI NEGLI SPORTIVI

Antonio Delcogliano e Giuseppe Rinonapoli

Le lesioni cartilaginee nello sportivo hanno una incidenza elevata. Gli sport a maggior rischio sono quelli che comportano bruschi cambi di direzione, con elevata frequenza di una distorsione del ginocchio o dell'articolazione tibio-tarsica. Le altre articolazioni, meno soggette a questo tipo di trauma, molto più raramente vanno incontro a lesioni cartilaginee. Fra gli sport più a rischio per la cartilagine articolare sono il calcio, il calcio a cinque, il rugby, il basket, lo sci, il tennis.

La classificazione delle lesioni condrali può essere stilata in base a diversi parametri: l'eziologia costituisce sempre un elemento importante da tenere in considerazione: si distinguono infatti, i danni cartilaginei da trauma singolo, che seguono cioè un evento traumatico, di solito distorsivo, e quelli da overuse, dovuti a microtraumi ripetuti nell'esecuzione del gesto atletico.

Un'altra classificazione di notevole importanza è quella del grado di lesione. Per tanti anni si è fatto uso della classificazione di Outerbridge (1962), che distingueva un primo grado (condromalacia), un secondo grado (fibrillazione), un terzo grado (erosione senza interessamento osseo) e un grado 4 (interessamento osteocondrale). Ancora oggi viene fatto largo uso della classificazione di Outerbridge, ma modernamente si preferisce fare riferimento alla stadiazione del danno condrale dell'ICRS, oramai diffusa in tutto il mondo scientifico. Tale classificazione prevede un grado 0 ("normale"), un grado 1 ("quasi normale": lesione superficiale), un grado 2 ("anormale": lesione estesa fino a <50% dello spessore della cartilagine), un grado 3 ("molto anormale": difetto >50%), un grado 4 ("molto anormale": lesione osteocondrale).

Tale classificazione è molto utile per stabilire il trattamento, conservativo o chirurgico. L'ICRS propone anche una classificazione in base all'estensione della lesione e una in base alla sede. Anche tali parametri vanno considerati per le modalità e le tecniche chirurgiche da utilizzare. Le classificazioni anatomo-patologiche sopra descritte trovano un valido aiuto nelle moderne tecniche di imaging.

Queste, comunque, non ci danno attualmente la sicurezza assoluta della diagnosi, tanto meno del tipo di lesione. Secondo Ochi (1994), infatti, si ha un 40% di sensibilità prospettica e un 60% di sensibilità retrospettiva della RMN nelle lesioni cartilaginee. Curl (1997), addirittura, riporta un 63% dei casi di reperti casuali in 31000 artroscopie di ginocchio.

Da quanto su esposto appare chiaro come una lesione condrale, oltre che di difficile trattamento, presenti difficoltà anche nell'inquadramento diagnostico, basilare nella programmazione dell'intervento. A nostro avviso, quindi, il chirurgo ortopedico deve avere a disposizione le possibili soluzioni terapeutiche che meglio si adattano alle varie lesioni cartilaginee, la cui diagnosi di precisione (tipo, estensione, sede) può essere formulata con assoluta certezza solo in sala operatoria.



Il trattamento delle lesioni cartilaginee nello sportivo
