

## Il trattamento delle lesioni cartilaginee nello sportivo

---

### **CASO CLINICO. CESTISTA PROFESSIONISTA: CAVIGLIA**

*C. Velluti, M. Salvi, M. Conte e F. Caputo*

*Istituto di Clinica Ortopedica – Università degli Studi di Cagliari – Direttore: Prof. C. Velluti*

L'articolazione della caviglia, composta dall'articolazione tibio-astragalica e dall'articolazione sottoastragalica, intimamente connesse sotto il profilo anatomico-funzionale, è l'articolazione che presenta la più alta incidenza di lesioni macrotraumatiche dell'arto inferiore, nella pratica sportiva.

Ruth (1), in uno studio epidemiologico sulla popolazione normale ha stimato che l'incidenza di frattura o distorsione relative a questa articolazione negli USA è di 1:10.000 al giorno.

Nella pratica sportiva in generale la patologia traumatica maggiore della caviglia incide per il 14% e nella pratica sportiva ad alto rischio, con salto e contatto, come il calcio, per il 25% (2, 3). In particolare nel Basket questa incidenza sale fino al 50% (2, 3).

In uno studio epidemiologico da noi condotto nella Regione Sardegna sull'incidenza delle lesioni traumatiche nel Basket, in corso di pubblicazione, abbiamo riscontrato che l'arto inferiore è più interessato di quello superiore (53% contro 36.5%) e che la caviglia è l'articolazione di gran lunga più colpita (32.8% contro il 21.6% del ginocchio).

Sebbene questi dati si riferiscano più alla patologia traumatica distorsiva maggiore della caviglia, indirettamente essi sono indicativi della possibile incidenza del danno cartilagineo di questa articolazione, nel Basket. Infatti, come avviene anche per tutte le altre articolazioni, il danno cartilagineo può essere la conseguenza di un trauma unico acuto in grado di produrre una lesione condrale od una lesione osteocondrale, ma più spesso rappresenta l'esito finale di un microtrauma ripetuto nel tempo, favorito da un'alterazione posturale congenita o acquisita o dall'instabilità dell'articolazione, conseguente ad una lesione legamentosa non diagnosticata o maltrattata.

Le lesioni cartilaginee della caviglia possono essere classificate in base all'etiologia (macrotraumatiche e microtraumatiche), alla profondità (4 stadi secondo Outerbridge) all'estensione (in cm<sup>2</sup>), analogamente a quanto avviene per le altre articolazioni.

La patologia macrotraumatica è rappresentata per massima parte dalle fratture articolari, dei malleoli, del pilone tibiale e dell'astragalo e dalle fratture osteocondrali dell'astragalo.

La patologia microtraumatica è rappresentata dal danno cartilagineo diffuso tibio-astragalico conseguente ad osteoartrosi primitiva o secondaria dell'articolazione, dall'osteocondrite dell'astragalo (se si ritiene che la sua origine sia vascolare piuttosto che traumatica), classificata in 4 stadi nel 1959 da Berndt and Harty. Nel cestista professionista sono di frequente osservazione tanto l'osteoartrosi, quale conseguenza di macro e microtraumi ripetuti, quanto le lesioni cartilaginee focali.

Nell'osteoartrosi predomina una sintomatologia legata alla produzione osteofitica anteriore della tibia e/o dell'astragalo, che genera un'impingement anteriore doloroso, molto limitante, soprattutto in fase di atterraggio da un salto e nella fase Stance del passo, o posteriore, con una sintomatologia prevalente in fase di spinta. Nell'osteocondrite sintomatica dell'astragalo, la semplice asportazione del frammento distaccato e necrotico con un curettage del letto astragalico, per via artroscopica dà risultati soddisfacenti, almeno a breve termine. Poco ancora si sa dell'impiego di tecniche più avanzate di ripristino del manto cartilagineo tibio-astragalico mediante trapianto autologo di condrociti o innesti autologhi osteocondrali nelle lesioni più diffuse, soprattutto in soggetti sportivi professionisti.

### **Bibliografia**

1. CJ Ruth: The surgical treatment of injuries of the fibular collateral ligaments of the ankle. JBJS A, 43:229, 1961.
  2. RP Mack: Ankle injuries in athletics. Athletics Training 10: 94, 1975.
  3. PGSchneider, E Sieber: Results of early mobilization with taping after primary surgical repair of lateral ligament ruptures of the ankle. Int J Sports Med 8: 128, 1987.
-