

## TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE TENOPATIE DELL'ACHILLE NELLO SPORTIVO

*Bertelli A, Graziano A*

*Policlinico di Monza; Unità operativa di Ortopedia, Casa di Cura Privata Accreditata Eporediese, Ivrea, Italy*

### Introduzione

L'incidenza della patologia da sovraccarico funzionale del piede è attualmente elevata in tutte le specialità sportive e si manifesta soprattutto con lesioni delle strutture tendinee.

Le tenopatie croniche del piede riconoscono come causa un microtraumatismo di tipo esogeno (errori di allenamento, scarpe, terreno di gioco ecc.) e/o endogeno (anomalie congenite, alterazioni anatomiche funzionali del piede e dell'arto inferiore). Da un punto di vista anatomico patologico vengono distinte in: tenopatia inserzionale, peritendinite (quando colpisce tendini o porzioni prive di guaina) tenosinovite, tendinosi pura; peritendinite o tenosinovite associata a tendinosi.

La tenopatia dell'Achille è la più comune forma di malattia tendinea. L'affezione può coinvolgere il tendine a livello mioentesico o inserzionale, o più spesso francamente tendineo. Sollecitazioni in allungamento del tendine già del 4% comportano alterazioni strutturali della fibra collagene. Caratterizzata da dolore urente appena dopo l'inizio dell'esercizio, si attenua durante la corsa per riaccentuarsi al termine della stessa. Clinicamente si dimostra dolore presso-palpatorio lungo il tendine che appare spesso ingrossato. Una concomitante peritendinite mette in evidenza un caratteristico crepitio alla flessione estensione. Da un punto di vista anatomico patologico si passa da un processo infiammatorio alla formazione cronica di noduli di degenerazione mucoida (tenopatia degenerativa microcistica). E da una patologia inizialmente solo infiammatoria (tendinite) si può passare ad una degenerativa (tendinosi), premessa di possibili rotture sottocutanee.

### Trattamento Chirurgico

Il trattamento delle tenopatie si basa inizialmente su terapie conservative che vanno dal semplice riposo, ghiaccio e assunzione di FANS, alle varie metodiche fisioterapiche e mediche invasive (mesoterapia, NO infiltrazioni!). Fondamentale è anche la correzione di eventuali alterazioni morfo funzionali associate, mediante l'uso di ortesi correttive e l'analisi di eventuali errori di allenamento e dell'uso di terreni o calzature inadeguate. Ad insuccesso della terapia conservativa, che deve essere protratta per almeno 3-6 mesi, si passa al trattamento chirurgico che prevede: via d'accesso paracalcaneare laterale e mediale. Asportazione del peritenonio iperemico ed aderente posteriormente, evitando la lisi della porzione anteriore dei vasi. L'apertura del peritenonio si fa centralmente dalla giunzione mio-fasciale fino alla prossimità della inserzione tendinea. Spesso è necessario asportare una borsa anteriore e posteriore per borsite reattiva pre e retro calcaneare. Tempi associati frequenti sono: la resezione della tuberosità postero-superiore del calcagno per concomitante calcagno alto o della caratteristica iperostosi postero laterale da Haglund. Costante è il ricorso a scarificazioni multiple del corpo tendineo a funzione rivitalizzante e nel caso di tendinosi estesa ad asportazione di porzioni degenerate. In questo caso è descritta l'associata augmentation con plantare gracile. Il post-operatorio consiste nella concessione immediata di kinesi passiva e attiva in flessione estensione plantare con astensione del carico per 10-15 giorni. Alla ripresa del carico esercizi attivi in acqua e graduale cyclette con ripresa di sport di carico (corsa) a circa 8 settimane. Nel caso di tendinosi la ripresa della corsa è concessa ai tre mesi circa. Il recupero totale va dai 4 ai 6 mesi circa.

### Casistica

Dal gennaio 1990 al dicembre 2003 abbiamo osservato 146 pazienti affetti da tendinopatia Achillea (età media 29 anni; range 16-52). Solo il 10% dei pazienti affetti da tale patologia sono dovuti ricorrere alla terapia chirurgica. I tempi e le metodiche post operatorie sono quelle precedentemente descritte. I risultati sono basati su criteri di valutazione soggettiva ed obiettiva (risoluzione del dolore; ritorno all'attività sportiva e di carico) e sono così suddivisi:

- ottimo (73; 50%): ritorno all'attività sportiva nei tempi stabiliti agli stessi livelli agonistici,
- buono (48; 33%): modesto ritardo nel ritorno all'attività sportiva,
- discreto (15; 10%): ritorno all'attività sportiva con residuo modesto dolore al carico,
- cattivo (10; 7%): non ritorno all'attività sportiva.

Nei casi di insuccesso era presente una severa sofferenza del tendine ed è stata necessaria l'asportazione di una parte ed augmentation. I risultati nel complesso più che confortanti inducono comunque a caldeggiare il ricorso alla terapia chirurgica in tutti quei casi dove la terapia conservativa ha fallito.

---