

Malattie ortopediche

Tendinite rotulea quadricipitale

INDICE

1. Che cos'è
 - Il ginocchio del saltatore
 - I fattori scatenanti
2. Sintomi
 - Una patologia dolorosa
3. Cura e Terapia
 - Diagnosi e trattamento
4. Glossario
5. Tag cloud dei sintomi

o *ginocchio del saltatore*, sindrome clinica che colpisce tutti quegli atleti che praticano sport caratterizzati da rapide accelerazioni, decelerazioni, salti e atterraggi o da sforzi massimali dell'apparato estensore.

Che cos'è

Il ginocchio del saltatore

Grazie al contributo del dottor Federico Morelli, Medico Chirurgo, Specialista in Ortopedia e Traumatologia e in Medicina dello Sport (www.sport-trauma.it) scopriamo cos'è il cosiddetto *ginocchio del saltatore*.

Con il termine *ginocchio del saltatore* (o *Jumper's knee* o tendinite rotulea e quadricipitale) si intende una sindrome clinica che colpisce con elevata frequenza tutti quegli atleti che praticano **sport caratterizzati da rapide accelerazioni, decelerazioni, salti e atterraggi** (ad esempio la pallavolo, la pallacanestro, il salto in alto, ecc.) **o da sforzi massimali dell'apparato estensore** (sollevamento pesi).

In questi casi, infatti, le elevate sollecitazioni possono determinare delle microlesioni nel contesto del tessuto tendineo che, se derivate da uno sforzo intenso ma isolato, vengono prontamente riparate dall'organismo spesso senza dare alcun segno o sintomo; se derivano invece da sforzi ripetitivi e prolungati nel tempo, anche se non di intensità massimale, possono superare la capacità riparativa del proprio organismo con il conseguente instaurarsi di un processo infiammatorio cronico. Non è rara peraltro l'insorgenza di una tendinopatia **rotulea** o quadricipitale anche in soggetti non sportivi o addirittura sedentari: in questi casi il meccanismo patogenetico è differente essendo frequente il riscontro di una ipotrofia muscolare del **quadricipite**, una retrazione dei muscoli flessori del ginocchio o dei co-fattori favorenti.

#15935 Data pubblicazione: 18-09-2012

Fonte: www.sport-trauma.it

I fattori scatenanti

Quali sono le cause che portano a tendinite rotulea e quadricipitale? Ce lo spiega il dottor Federico Morelli, Medico Chirurgo, Specialista in Ortopedia e Traumatologia e in Medicina dello Sport (www.sport-trauma.it).

Fattori endogeni che posso influire sull'insorgenza della tendinopatia rotulea e quadricipitale sono la **scarsa elasticità muscolare**, l'**età** (è ben noto l'incremento di problemi tendinei cronici con l'aumentare dell'età), la **lassità articolare**, la **deviazione assiale del ginocchio** con conseguente difetto di allineamento dell'apparato estensore, il **sovrappeso**, le **caratteristiche vascolari del tendine**, ecc.

Esistono, inoltre, **fattori esterni** che possono facilitare l'insorgenza di patologie tendinee, quali la qualità del gesto tecnico, la qualità e l'intensità dell'allenamento, le calzature, i terreni di gioco (l'incidenza di una tendinopatia rotulea o quadricipitale nella pallavolo è per esempio circa dieci volte superiore se viene praticata sul cemento piuttosto che sul *parquet*). La corretta esecuzione di un gesto atletico, infatti, prevede il raggiungimento del massimo risultato con il minimo sforzo, ottenibile solo con un perfetto sincronismo fra i diversi gruppi muscolari interessati: se questo non si verifica, l'esecuzione del gesto richiede uno *sforzo* superiore, con importanti ripercussioni su tutte le strutture coinvolte.

#15936 Data pubblicazione: 18-09-2012

Fonte: www.sport-trauma.it

Sintomi

Una patologia dolorosa

Come ci spiega il dottor Federico Morelli, Medico Chirurgo, Specialista in Ortopedia e Traumatologia e in Medicina dello Sport (www.sport-trauma.it), il carattere principale e distintivo di questa patologia è il **dolore**, che può essere localizzato in corrispondenza dell'apice rotuleo (70% dei casi), sulla base della rotula in corrispondenza dell'inserzione del tendine quadricipitale (20% dei casi) o sull'inserzione distale del tendine rotuleo sulla tuberosità tibiale (10% dei casi).

Nelle prime fasi il dolore è presente solamente all'inizio della pratica sportiva, scomparendo nel corso del riscaldamento e quindi senza influire significativamente sulla *performance* individuale. Tuttavia, con il progredire del processo infiammatorio, il **dolore diviene più intenso e costante limitando la possibilità di praticare l'attività sportiva in modo continuativo**. Talvolta l'inizio della sintomatologia dolorosa può essere fatto risalire a cambiamenti nel sistema di allenamento, a variazioni del gesto atletico, dei terreni di gioco, dei plantari, ecc. Nella popolazione sedentaria, invece, la prima comparsa di una sintomatologia dolorosa spesso avviene dopo prolungata stazione seduta a ginocchia flesse (automobile, cinema) con un dolore anteriore al ginocchio e la necessità di estendere l'**articolazione**. Raramente, nelle forme più severe, può comparire un certo grado di tumefazione locale (mai diffusa a tutto il ginocchio) e solo eccezionalmente l'impotenza funzionale può essere tale da determinare una vera e propria zoppia antalgica.

#15937 Data pubblicazione: 18-09-2012

Fonte: www.sport-trauma.it

Diagnosi e trattamento

Grazie al contributo del dottor Federico Morelli, Medico Chirurgo, Specialista in Ortopedia e Traumatologia e in Medicina dello Sport (www.sport-trauma.it) scopriamo come si interviene in caso di tendinopatia rotulea.

La diagnosi si basa principalmente su un'**accurata anamnesi** e un **attento esame clinico** da parte di un ortopedico che da soli sono generalmente sufficienti a porre diagnosi di tendinopatia rotulea. In alcuni casi, tuttavia, possono essere utili indagini strumentali quali l'**ecografia** e la risonanza magnetica. L'indagine radiografia convenzionale è invece riservata ai casi in cui si sospetti la presenza di calcificazioni o malallineamenti dell'apparato estensore.

Il **trattamento** della tendinopatia rotulea o quadricipite si basa su:

- La modifica dei fattori predisponenti, quando presenti.
- Il riposo: talvolta è necessaria la sospensione completa dell'attività sportiva, ma più spesso (specie negli atleti di alto livello) ci si limita alla riduzione della sua frequenza e intensità per un periodo di tempo piuttosto variabile e a diversificare il tipo di allenamento.
- Lo *stretching* dei muscoli flessori del ginocchio;
- L'utilizzo sistematico del ghiaccio, per 15 minuti due-tre volte al giorno e comunque sempre immediatamente dopo la sospensione dell'allenamento.
- Il potenziamento muscolare isometrico del quadricipite a ginocchio esteso e del vasto mediale obliquo (VMO).

A volte può essere necessario ricorrere all'utilizzo di **terapie fisiche** (tecarterapia, **ionoforesi**, ultrasuoni, **laserterapia**, ipertermia, onde d'urto), ortesi (plantari) e **terapie farmacologiche** (soprattutto per il controllo del dolore). La reale efficacia degli antinfiammatori per via topica è difficilmente quantificabile e prevedibile e pertanto vengono poco utilizzati mentre l'uso di farmaci cortisonici per via infiltrativa va riservato a casi molto selezionati. Dopo il fallimento di tutti i trattamenti conservativi può essere necessario ricorrere all'intervento chirurgico.

Il problema del trattamento del *jumper's knee* rappresenta sempre una sfida molto impegnativa per il medico e per l'atleta. Infatti, non potendo spesso eliminare del tutto la causa primaria dell'affezione, vale a dire il sovraccarico funzionale legato alla prosecuzione dell'attività sportiva, ci si deve di solito accontentare, almeno inizialmente, di una remissione parziale della sintomatologia a livelli compatibili con una prestazione sportiva accettabile. **Per la guarigione completa possono essere necessari anche molti mesi**, dopo la sospensione pressoché completa dell'attività sportiva, e solo con la collaborazione del paziente che deve eseguire con regolarità e costanza gli esercizi di rinforzo muscolare, *stretching* e prevenzione prescritti.

#15938 Data pubblicazione: 18-09-2012
Fonte: www.sport-trauma.it