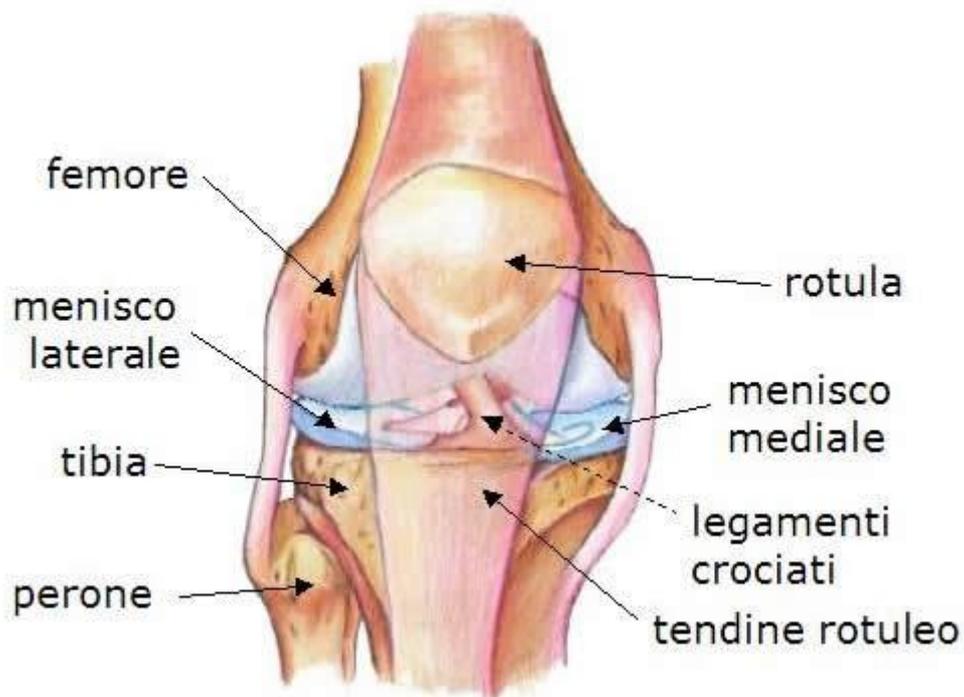


LA PATOLOGIA DEL GINOCCHIO

Il ginocchio è un'**articolazione complessa**, in cui tre ossa - femore, tibia e rotula - si muovono armonicamente l'una rispetto alle altre nel movimento di flessione-estensione.

Femore e **tibia** rappresentano i segmenti scheletrici portanti rispettivamente della coscia e della gamba. I loro capi articolari, collegati da robusti legamenti collaterali e **crociati**, si articolano reciprocamente con l'interposizione di sottili semianelli di fibrocartilagine, i **menischi**. La **rotula** è un osso discoide nel contesto del grosso tendine del muscolo quadricipite. La sua funzione di scorrimento e di puleggia permette la potente azione del quadricipite, il muscolo più importante dell'arto inferiore.



Un ginocchio sano normale consente un'estensione completa e una flessione fino a 130° e oltre (fino, cioè, al contatto tra il polpaccio e la coscia), è stabile (ovvero non cede neppure sotto sforzo) e non è dolente. Occasional scrosci articolari sono normali, se non si accompagnano a dolore e a blocco del movimento.

Come si manifestano le malattie del ginocchio?

Il ginocchio interessato da una lesione traumatica o da una malattia degenerativa determina uno o più dei seguenti disturbi: **dolore**, **rigidità**, **blocco articolare**, **instabilità** e **zoppia**.

Il **dolore** (gonalgia) è abbastanza indicativo della sede della patologia. Se anteriore, cioè in corrispondenza della rotula e nelle sue adiacenze, può essere espressione tanto di una *sindrome rotulea*, quanto di una *tendinite rotulea*. Nonostante la similitudine dei termini, si tratta di condizioni completamente differenti.

Se invece si concentra sul versante interno, spesso è provocato da una malattia del corrispondente compartimento articolare femoro-tibiale interno (*gonartrosi mediale, meniscopatia mediale*). Non è raro, però, che una gonalgia interna sia provocata da una *borsite della zampa d'oca*.

Se, infine, il dolore è localizzato sul versante esterno, può essere ascritto sia ad una malattia del corrispondente compartimento articolare femoro-tibiale esterno (*gonartrosi laterale, meniscopatia laterale*), sia ad una *sindrome della benderella ileotibiale*.

Non bisogna comunque dimenticare che a volte il dolore al ginocchio è l'unica manifestazione di una *malattia dell'anca*. In questi casi, il dolore interessa solitamente la regione sovrarotulea e si estende alla coscia.

La **rigidità**, ovvero la limitazione del movimento, è un disturbo esclusivo delle affezioni intra-articolari, quelle malattie dunque che deteriorano le superfici cartilaginee responsabili del movimento (*gonartrosi, lesioni meniscali, artrite*).

Il **blocco articolare** è una forma di rigidità estrema, che limita l'escursione articolare a pochi gradi di movimento, come conseguenza di un "corpo estraneo" incuneatosi tra le superfici in movimento. Solitamente ascrivibile ad un *frammento di menisco*, richiede una valutazione specialistica tempestiva e spesso una risoluzione chirurgica.

L'**instabilità** è un'indizio abbastanza preciso di *lesione legamentosa*: la sensazione che il ginocchio ceda all'interno, all'esterno o in rotazione è un ostacolo assoluto per l'attività sportiva, ma spesso anche un fastidio ricorrente nella vita quotidiana. Richiede sempre un'indagine scrupolosa.

La **zoppia** è presente ogniqualvolta si avverte un dolore nella deambulazione, e dunque in associazione con quasi tutte le affezioni del ginocchio. È un meccanismo di protezione che il nostro corpo mette in atto per ridurre al minimo le sollecitazioni dolorose. Sebbene molte siano le varianti di questo segno clinico, la più comune è la cosiddetta "zoppia di fuga", provocata dal tentativo di abbreviare l'appoggio sull'arto ammalato (fuga dall'appoggio). Il ciclo del passo diventa così "asimmetrico", poiché la fase di appoggio da un lato è più breve che dall'altro.

Quali indagini sono utili alla diagnosi?

Il ginocchio è uno dei distretti corporei in cui l'esame obiettivo (cioè la visita medica) riveste la maggiore importanza nel portare alla diagnosi. Poichè, a seconda del sospetto clinico, gli esami strumentali da effettuare variano grandemente, è bene **astenersi dall'eseguire indagini radiologiche prima della visita specialistica**, evitando assolutamente TAC, RMN ed ecografie, la cui indicazione è estremamente rigorosa e di competenza prettamente specialistica.

Unica eccezione il **ginocchio doloroso del paziente over-60**, per il quale - statisticamente - la diagnosi di gonartrosi è estremamente probabile. In questo caso è utile giungere alla visita ortopedica avendo già eseguito un'esame radiografico tradizionale, costituito da una proiezione anteroposteriore in carico, da una laterale in carico e da una proiezione assiale di rotula a 45° di flessione, poichè questo può accelerare l'iter diagnostico.