Sintesi di S. Marra e D. Molinari

IL GINOCCHIO

DISFUNZIONI IN ABDUZIONE:

Si assiste ad una compressione dello spazio esterno della rima articolare femorotibiale, con conseguente stiramento del legamento collaterale interno.

Questa è la posizione naturale del ginocchio valgo e determina lo stiramento permanente della zampa d'oca. L'iliaco in queste condizioni ha tendenza ad interiorizzarsi.

• DISFUNZIONE IN ADDUZIONE:

Restrizione della rima articolare interna e stiramento del legamento collaterale esterno. Inoltre si assiste ad uno stiramento del tratto ileo-tibiale (TFL).

L'atteggiamento antalgico sempre presente in tutte queste disfunzioni è in flessione. La lesione del ginocchio va sempre messa in un quadro globale, in cui lo studio di altri distretti spesso ci indica elementi importanti, tipo il bacino (iliaco) ed il piede. Quando sono esclusi problematiche dell'iliaco, la rotazione del piede in posizione sdraiata è comandata dal perone, mentre in piedi dalla tibia.

Contraddizioni Tibia – Perone:

Questi due elementi ossei nella parte intermedia fino alle loro estremità, sono connessi dalla membrana interossea.

Questa membrana interossea nella sua porzione prossimale presenta un piccolo iato, all'interno del quale passano l'arteria e vena tibiale anteriore originatesi dai vasi poplitei.

In caso di contraddizione del posizionamento anatomico della tibia e del perone, questa membrana viene stirata determinando una compressione dei vasi.

Il piede è spesso la causa di questa contraddizione in quanto non libera il perone e la tibia nel loro determinismo e ne influenza la posizione, stirando così la membrana interossea.

La testa del perone comanda tutto il perone.

DISFUNZIONI DEL PERONE

o Testa del perone anteriore rotazione interna:

Difficoltà alla eversione del piede.

Il paziente è sdraiato sul lato opposto alla gamba da trattare, mentre l'arto da trattare è flesso mezzo fuori dal lettino.

Si presenta il pisiforme sul margine anteriore della testa peroneale con spinta in direzione della sua posteriorità, mentre l'altro pisiforme è posto sulla faccia posteriore del malleolo esterno, con spinta contemporanea all'altra verso la sua anteriorità.

NB. Le braccia sono perpendicolari alla spinta sui pisiformi, si ricerca la barriera e thrust a direzioni invertite.

• Testa del perone posteriore rotazione esterna:

Difficoltà alla inversione del piede!

Spesso è il riflesso antalgico a posteriori della sciatica L4 - L5, con atteggiamento delle anche in extrarotazione. Questo atteggiamento delle anche in extrarotazione, traziona la testa del perone verso l'alto (bicipite femorale).

La tecnica si fa a scopo propriocettivo, anche quando non è presente una sciatica tronca.

Il paziente con la sciatica L4 - L5 spesso dorme nella posizione dello schermitore, (raccorciamento).

DISFUNZIONI FEMORO-TIBIALI

o Tibia postero esterna:

- ✓ Recurvato
- ✓ Zampa d'oca ++
- ✓ Terreno per l'iliaco

La zampa d'oca anche dopo il trattamento è maggiormente recidivante rispetto alla tendinite femoro - rotulea.

Tibia antero interna:

- ✓ Flexum
- ✓ Sindrome femoro patellare
- ✓ Tendinite rotulea
- ✓ D/D lesione del crociato

Nei casi sopra descritti, il trattamento non è risolutivo ai fini del posizionamento anatomico della tibia, ma sicuramente induce la possibilità di ritrovare la libertà del movimento mancante.

MENISCOPATIE

La difficoltà del ginocchio a stendersi potrebbe essere suscettibile di trattamento anche senza indagine strumentale a disposizione, a differenza della difficoltà nel flettersi o blocco in semiflessione.

In quest'ultimo caso ci si rassicura sempre con una RMN, per sospetta rottura del menisco a manico di secchio.

✓ Menisco naso alla finestra:

Risulta essere una banale compressione o fissurazione dovuta all'arresto degli scivolamenti del menisco durante la flessione - estensione, il menisco rimane pizzicato fuori dall'articolazione.

La lassità è uno dei fattori predisponenti.

Un buon lavoro articolare ristabilisce i giusti rapporti intrarticolari.

Il 95% delle volte le disfunzioni interessano il menisco interno.

Il menisco esterno quando è con il naso alla finestra, ci obbliga a indagare anche la testa del perone.

Il menisco interno è molto più ribelle e doloroso durante il trattamento.

MENISCO ESTERNO:

- ✓ Generalmente di terreno
- ✓ Fissazioni del valgismo

MENISCO INTERNO:

- ✓ Traumatico ++ (flessione + rotazione esterna + abduzione)
- ✓ Lesioni associate LCI LCA

La lesione meniscale spesso determina instabilità, si avverte l'impressione che la gamba ceda.

Questo segno non può essere determinato dal collaterale, a meno che non ci sia una storia di trauma.

Anche il collaterale determina instabilità, ma in questo caso nel racconto del paziente è presente una storia traumatica.

Il dolore cronico sulla superficie esterna del ginocchio oltre al menisco che darebbe instabilità, potrebbe dipendere dal *tratto ileo-tibiale*, *dal collaterale*, *dalla testa del perone*.

Nella clinica del menisco interno, il paziente si presenta con difficoltà alla estensione, dolore al carico, ha quasi l'impressione di avere un corpo estraneo nel ginocchio.

Questo quadro entra in D/D con l'osteocondrite dissecante (non determina instabilità), cisti poplitee.

Le lesioni meniscali che vengono trattate osteopaticamente, sono le lesioni di primo grado, cioè lesioni funzionali che non presentano un corno meniscale rotto.

La lesione che viene trattata, presenta una resistenza alla estensione forzata, ma non un blocco articolare.

" Quando perdiamo un movimento maggiore, compensiamo con un movimento minore, cioè le rotazioni".

Ed è proprio attraverso questo principio, che il ginocchio, l'anca artrosica, giocano con i loro compensi, alla disperata ricerca di mobilità.

A volte nel ginocchio artrosico bloccato, basta dare qualche movimento veloce sulla lateralità o rotazione, per ristabilire l'equilibrio dei compensi.

Il quadro radiologico spesso è discordante dalla realtà sintomatica.

GRAVI ARTROSI

In queste condizioni il meccanismo articolare è compensato da micromovimenti di lateralità e rotazione del ginocchio. Questo compenso è messo in atto dalla progressiva perdita dei macromovimenti, (dolore, schema, anchilosi).

Nelle gravi artrosi, il blocco spesso risiede in quei micro movimenti che nel tempo hanno sostituito i macro movimenti. "lateralità e rotazione"

Nel trattamento oltre alle mobilizzazioni in flessione-rotazione interna (varo) ed estensione-rotazione esterna (valgo), includeremo sempre delle veloci mobilizzazioni in lavoro articolare, su quei piccoli parametri responsabili del blocco articolare e del dolore.

Questi pazienti ci mostrano ottimi risultati, spesso discordanti dal quadro radiologico che risulta essere molto più grave dei sintomi.

La ricerca del piccolo parametro di movimento è dovuta al riflesso antalgico a posteriori che il paziente mette in atto.