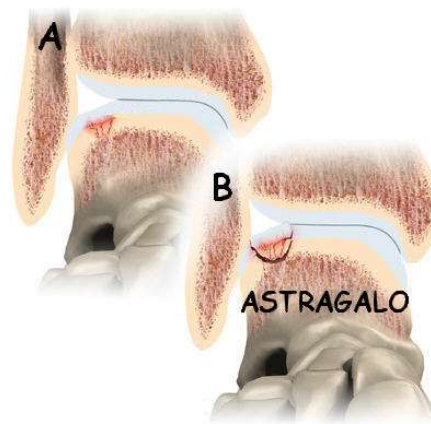


# LESIONI OSTEOCONDRALE DELLA CAVIGLIA

Dr. Federico Morelli

## LA MALATTIA

La lesione osteocondrale può essere definita come una **“microfrattura” di un frammento di cartilagine articolare insieme ad una porzione di osso sottostante**. Talvolta la lesione origina dalla cartilagine con estensione solo successivamente all'osso, altre volte invece la cartilagine può essere inizialmente normale e lesionarsi solamente in un secondo tempo a causa dei problemi di vascolarizzazione dell'osso sottostante.



A) Iniziali segni di sofferenza dell'osso con cartilagine normale  
B) Distacco di un frammento di cartilagine con l'osso sottostante

L'astragalo è la **seconda sede più frequente** delle lesioni osteocondrali dopo il ginocchio. Si riscontra quasi esclusivamente a livello della superficie articolare con la tibia (**domo astragalica**) nelle seguenti sedi:

- postero-mediale (55%);
- antero-laterale (45%);
- centrale (rara).

## LA CAUSA

Le lesioni osteocondrali possono verificarsi a qualsiasi età ma sono sicuramente più frequenti nella popolazione giovane ed attiva a causa della loro **origine traumatica**. Esse sono generalmente dovute a traumi distorsivi di notevole entità (lesioni mediali) o a microtraumi ripetuti (lesioni laterali).

Talvolta, infatti, al momento del trauma si determina la lesione dei piccoli vasi sanguigni all'interno dell'osso con conseguente **sofferenza di una parte dell'astragalo** che, progressivamente, può coinvolgere anche la cartilagine soprastante fino al distacco completo di tutta l'area interessata. Purtroppo però al momento del trauma non è possibile prevedere chi svilupperà una lesione osteocondrale.



## I SINTOMI

Sono rappresentati da:



- **dolore**, è il sintomo più frequente, ha solitamente carattere intermittente localizzato profondamente nella caviglia ed è spesso correlato al carico o all'attività sportiva;
- **limitazione articolare** (incostante);
- **sensazioni meccaniche** all'interno dell'articolazione, legate al distacco del frammento osteocondrale.

### LA DIAGNOSI

La diagnosi non è sempre semplice e si basa su:

- l'accurata rilevazione di informazioni dal paziente (**anamnesi**), necessarie per identificare la causa che ha determinato l'insorgenza della;
- l'**esame clinico**, talvolta può essere dominato dai segni acuti della distorsione, ma più spesso può essere completamente negativo o evidenziare solamente una lieve tumefazione locale, una dolorabilità alla pressione in corrispondenza della lesione, ed una limitazione dell'articolazione;
- la **radiografia standard** nelle prime fasi è quasi sempre negativa, e diventa sempre più evidente nel corso dei. La diagnostica strumentale viene solitamente integrata con la **risonanza magnetica** che consente, anche nelle fasi più precoci, una efficace visualizzazione delle dimensioni della lesione e l'eventuale coinvolgimento della cartilagine articolare.



### IL TRATTAMENTO

Il trattamento dipende essenzialmente dalla dimensione e gravità della lesione:

- **lesioni molto piccole**: riduzione delle sollecitazioni funzionali sull'articolazione associando terapie mediche e/o riabilitative ed un controllo RM a distanza di 6-12 mesi al fine di valutarne l'evoluzione;
- **lesioni di maggiori dimensioni**, stabilizzate da un punto di vista evolutivo, beneficiano del **trattamento chirurgico**, eseguito per via **artroscopica**, che ha lo scopo di stimolare la rivascularizzazione dell'osso tramite perforazioni o microfratture e l'asportazione di eventuali frammenti di cartilagine liberi. In alcuni casi, selezionati in base alle dimensioni della lesione, alla sua sede ed all'età del paziente, può essere indicato il **trapianto di cartilagine**, l'utilizzo di **innesti osteocondrali**, l'infiltrazione di **fattori di crescita** o l'impianto di piccole **protesi** di copertura della lesione.

### IL DECORSO POST-OPERATORIO

Nelle prime **4-6 settimane** dopo l'intervento è necessaria un'**astensione assoluta dal carico** per favorire la formazione di nuovo tessuto osseo e la sostituzione del tessuto cartilagineo asportato con tessuto fibroso ricreando una superficie articolare quanto più possibile uniforme. A seconda del tipo di intervento eseguito a volte è necessaria l'applicazione di un gambaletto gessato.

Gentile Sig./Sig.ra,

il presente opuscolo ha lo scopo di fornirLe informazioni utili per la corretta comprensione di questa patologia.

E' importante tuttavia che tenga a mente che tali informazioni rivestono carattere generale e **non possono essere utilizzate per fini medici da personale non abilitato alla professione medica e chirurgica.**

**In presenza di sintomi o disturbi correlabili a questa patologia od in caso di dubbi non esiti a contattare il Dr. Morelli o il Suo Medico di medicina generale.**

