

Dottore mi fa male il ginocchio...

L'incidenza delle lesioni che riguardano il ginocchio è pari al 7% del totale dei traumi articolari. Il Medico di Famiglia si trova spesso nella necessità di assumere decisioni rapide e orientative, destreggiandosi tra alterazioni degenerative dei menischi o della cartilagine, traumi e processi artrosici. In tutti i casi, anche e soprattutto di fronte a pazienti anziani, risulta fondamentale l'esame clinico preceduto da un'attenta anamnesi

Umberto De Conto, Francesco Cavasin - Medicina Generale, Treviso

IL CASO

Lavoratrice instancabile

È arrivata oggi in studio Loredana, cinquantenne ben tenuta, tre figli maschi, gran lavoratrice. Accusa un dolore al ginocchio sinistro che riferisce essersi gonfiato circa un mese fa, ma che la tormenta da due o tre giorni con un fastidio abbastanza circoscritto alla zona subito sotto la rotula. Nega traumi o sforzi, anche se da alcune settimane è impegnata per quattro o cinque ore al giorno nella potatura delle sue vigne, ed afferma essere la stazione eretta la postura più disturbante. Vorrebbe risolvere rapidamente la situazione perché deve terminare i propri lavori.

Cinque anni fa: infiltrazioni di acido ialuronico al ginocchio destro. In passato ernia discale cervicale con radicolite al braccio sinistro trattata chirurgicamente. Soffre di ipotiroidismo subclinico e di colon irritabile a tendenza stiptica. Da circa due anni è in menopausa, segue un'alimentazione variata e sana, non fuma ed ha un indice di massa corporea 23,3 kg/m².

► Fasi di approccio al paziente con dolore al ginocchio

► Raccolta dell'anamnesi

La raccolta dell'anamnesi aiuta anche a stabilire un rapporto di fiducia tra il medico e il paziente.

La cronologia dei disturbi avvertiti non sempre viene ricordata fedelmente così come la terapia effettuata. Nel caso di pazienti molto giovani o molto anziani le informazioni vanno integrate con quelle fornite dai familiari.

Indagare se siano stati utilizzati ghiaccio, fasciature, farmaci o siano state effettuate terapie fisiche.

Nel caso di un riferito trauma al ginocchio, chiedere/chiedersi:

- Come è successo? In quale momento? Precedenti traumi?
- Meccanismo del trauma e dello sport praticato. Comportamento tenuto dopo il trauma
- Ipotesi diagnostica
- Caratteristiche del dolore e quadro attuale dei sintomi
- Stima delle aspettative del paziente
- Stima dell'ambiente psico-sociale, necessità personali, senso di responsabilità, remissività

La osservo mentre si alza dalla sedia e noto un lieve fastidio quando inizia l'estensione della gamba sinistra, ma l'andatura verso il lettino è fluida e senza zoppia, gli arti inferiori sembrano simmetrici e c'è un lieve valgismo

del ginocchio destro che appare appena più ingrossato del controlaterale.

► Osservazione e ispezione

- Osserva il paziente mentre entra in studio (andatura, capacità di esercizio, ricerca di appoggi, stare su un piede)
- Valuta se presenti deformità in varo, in valgo o recurvato
- Esegui l'ispezione sempre bilateralmente per un confronto
- Evidenzia contusioni, ematomi o ferite
- Osserva posture compensatorie del bacino, delle anche e del rachide
- Considera la posizione della rotula, i suoi movimenti durante la flessione estensione del ginocchio
- Valuta il trofismo del quadricipite femorale ed esamina contestualmente anca e caviglia per escludere alterazioni dei moduli di carico
- Misura il grado di compromissione funzionale e della qualità della vita (**scarica Indice algo-funzionale di Lequesne dal QR-code**).

Richiamo alla mente lo schema dell'anatomia del ginocchio con il riferimento alle probabili diagnosi a seconda della topografia di localizzazione del dolore. La cute è di temperatura normale (...la patologia infiammatoria è poco probabile, penso ad un processo degenerativo o tendinosico), ma rilevo un po' di ballottamento della rotula e un gonfiore alla borsa sottopatellare.

Eseguo le manovre che conosco per l'esame obiettivo del ginocchio; a destra ci starebbe con il valgismo, a sinistra vivace il dolore alla borsa sottopatellare e un po' meno al margine superiore della rotula, che presenta anche un discreto scroscio della cartilagine propria (accompagnato da un gridolino della signora).

► Esame obiettivo

► Ispezione e palpazione

- Palpa per primo l'arto non lesio tenendo gli occhi sul paziente mentre si compiono le manovre
- Valuta la temperatura cutanea
- **Articolazione femoro-rotulea:** palpa il recesso sovrarotuleo, considera il ballottamento rotuleo ed il crepitio rotuleo. Se dolorabilità al polo distale della rotula=ginocchio del saltatore.
- **Faccia posteriore del ginocchio:** dolorabilità fossa poplitea=lesione del corno posteriore del menisco; presenza di cisti di Baker.
- **Faccia laterale del ginocchio:** dolorabilità dello spazio articolare=lesione meniscale (piuttosto rara). *Articolazione tibio-peroneale:* dolore all'inserzione della bandelletta ileo-tibiale=ginocchio del podista
- **Faccia mediale del ginocchio:** dolorabilità dello spazio articolare=lesione meniscale; dolorabilità a livello del condilo femorale mediale=sospetta lesione del ligamento collaterale mediale. Ricerca una borsite della zampa d'oca.

► Valutazione dell'arco di movimento (attivo e passivo in rotazione interna ed esterna)

Il movimento attivo fornisce dati sulla funzionalità muscolare del quadricipite femorale; con il movimento passivo si deve prestare attenzione alla presenza dei crepitii retrorotulei, indicatori di verosimile lesione della cartilagine o di disfunzione della doccia

trocleare. In presenza di una artrosi avanzata, ponendo il palmo della mano sul ginocchio si può constatare il "fenomeno della ruota dentata".

- Con la valutazione dell'arco del movimento si effettuano pure i test di tensione muscolare (contrattura del quadricipite, contrattura del retto e contrattura degli ischio crurali) *(scarica i test specifici dal QR-code).*

Nel frattempo rifletto sulle possibili diagnosi differenziali.

- **Lussazione della rotula:** *la paziente non ricorda traumi o posture o un'estensione violenta della gamba, non va a cavallo, non pratica sport e non è obesa. La rotula è in asse e non ha difficoltà a flettere o estendere il ginocchio. Per gli stessi motivi non è una lussazione del ginocchio. Ed in più il ginocchio non è deformato. Potrei pensare ad una sindrome della bandelletta ileo tibiale, ma il dolore sarebbe localizzato alla parte laterale esterna dell'articolazione.*
- **Sindrome di Osgood-Schlatter:** *vedo solo la prominenza del tubercolo tibiale, segno che ne ha sofferto forse in passato, ma ora assolutamente indolente (e poi non avrebbe proprio l'età).*
- **Forme infiammatorie:** *mancano la maggior parte dei sintomi soprattutto il gonfiore diffuso e il calore, l'arrossamento poi sarebbe evidentissimo su quella pelle chiara. Mi viene in mente anche un'artrite settica (alcuni anni fa ne ho visto una malarica!) e per scrupolo chiedo a Loredana se ha avuto sintomi febbrili e, come presumibile, nega sintomatologia generale.*

► Indagini biomorali

Nel corso delle malattie reumatiche infiammatorie il ginocchio è colpito di frequente (60%). Le usuali indagini di laboratorio nelle condizioni acute e croniche comprendono l'emocromo con formula, VES e PCR.

► Indagini strumentali

- **Radiografia:** sono utilizzate per confermare la diagnosi clinica. Accanto a quelle acquisite nei due piani classici (AP e LL), si possono utilizzare proiezioni tangenziali per rotula. Nelle alterazioni degenerative e displasiche è utile lo studio radiologico comparativo di entrambe le ginocchia. Nel caso di alterazioni artrosiche sono indicate le radiografie del ginocchio eseguite con il paziente in piedi e sotto carico.
- **Ecografia:** è adatta per visualizzare versamenti, borsiti, cisti meniscali e cisti di Baker, la loro posizione e le loro dimensioni. È utile per evidenziare alterazioni nel contesto del quadricipite e del tendine rotuleo e per differenziare le cisti dalle masse solide, ma si tratta di esame "operatore dipendente".
- **Tomografia Assiale Computerizzata:** differenzia facilmente le alterazioni delle strutture ossee e delle parti molli. La TC è altamente accurata per diagnosticare le fratture e le rotture tendinee con avulsione ossea.
- **Risonanza Magnetica Nucleare:** le indicazioni principali sono le lesioni traumatiche e degenerative dei legamenti e dei menischi, l'osteonecrosi, l'osteochondrite dissecante e l'artrosi. *Concludo quindi per una tendinosi inserzionale distale del ligamento patellare con minima borsite in un quadro di gonartrosi iniziale. Adesso bisogna spiegarlo a Loredana e soprattutto convincerla che il riposo funzionale sarebbe la cura migliore. Lei mi dice che la stagione avanza e non può stare ferma a lungo ("Già le due ore passate in ambulatorio le sembrano troppe...") quindi le devo suggerire almeno qualche cautela: una ginocchiera che limiti la flessione del ginocchio e una borsa di ghiaccio per quindici minuti al termine dell'attività lavorativa. Per parte*

Diagnostica del ginocchio

► In base all'anamnesi

Evento traumatico acuto

- trama diretto
- trauma indiretto
- intra-extra rotazione
- varo-valgo
- complessa
- contusione
- distorsione

Patologia cronica

- abitudini di vita
- attività professionale e sportiva
- tempo di insorgenza dei sintomi
- caratteristiche del disturbo
- valutare la presenza di malattie sistemiche
- valutare la presenza di disturbi associati (febbre)

► In base ai sintomi

Dolore acuto

- contusioni
- fratture
- lesioni meniscali
- lesioni ligamentose
- distrazioni muscolo tendinee
- lesioni dell'apparato estensore
- monoartrite

Dolore cronico

- artrosi
- sindromi da sovraccarico
- borsiti
- tendiniti
- malallineamento rotuleo
- artrite
- tumori
- sepsi

► In base alla sede del dolore

Dolore anteriore

- tendinopatia quadricipitale
- tendinopatia del rotuleo
- borsite anteriore
- rotula bipartita
- malallineamento rotuleo

► In base alla sede del dolore

Dolore mediale

- tendinopatia della zampa d'oca
- meniscopatia
- lesione del legamento collaterale
- condropatia femoro tibiale

Dolore laterale

- patologia della bandelletta ileo tibiale
- meniscopatia esterna
- lesione del legamento collaterale
- condropatia femoro tibiale

Dolore posteriore

- meniscopatia mediale
- cisti di Baker
- aneurisma popliteo

► In base alla funzione

Instabilità femoro-tibiale

- lesione dei legamenti crociati
- lesione dei legamenti collaterali

Instabilità femoro-rotulea

- dislocazione laterale della rotula
- sublussazione della rotula

Rigidità

- versamento articolare
- artrosi
- plica sinoviale ipertrofica
- blocco articolare da rottura meniscale
- stati infiammatori

Gonfiore

- versamento articolare - artrite
- borsite prerotulea
- cisti di Baker
- cisti paratendinee

Ipostenia

- rottura del tendine quadricipitale
- rottura del tendine rotuleo
- frattura della rotula
- deficit dell'estensione da meniscopatia cronica o artrosi

nia, in questo caso, non le prescriverei l'antidolorifico, così conserviamo l'indicatore doloroso del sovraccarico funzionale. E speriamo che la potatura finisca presto.

► Il trattamento

Il piano terapeutico è articolato e comprende:

- il riposo articolare
- l'uso di analgesici, Fans e corticosteroidi (quest'ultimi nelle forme prevalentemente infiammatorie)
- esercizi di fisiochinesiterapia riabilitativa
- approcci psicologici e comportamentali
- infiltrazioni intra-articolari (acido ialuronico e corticosteroidi)
- approccio chirurgico ortopedico

► Letture consigliate

- Castro WHM, Jerosch J. Patologia muscolo scheletrica: semeiotica e diagnostica. CIC Edizioni Internazionali 2002.
- Kuntz D, Bardin T. Thérapeutique rhumatologique. Médecine-Sciences Flammarion, 2007.
- Ventura A. Esame obiettivo in ortopedia: il ginocchio. Istituto Ortopedico G. Pini Milano.

• Il testo di questo articolo è tratto dal volume "Medicina Generale. Storie e Clinica della pratica quotidiana", a cura dei Mmg Sandro Giroto, Gio Batta Gottardi, Umberto De Conto, Gianluigi Passerini, Francesco Cavasin. Edizioni Medico-Scientifiche 2019.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf dei test e degli indici specifici