

Man B76/3

3

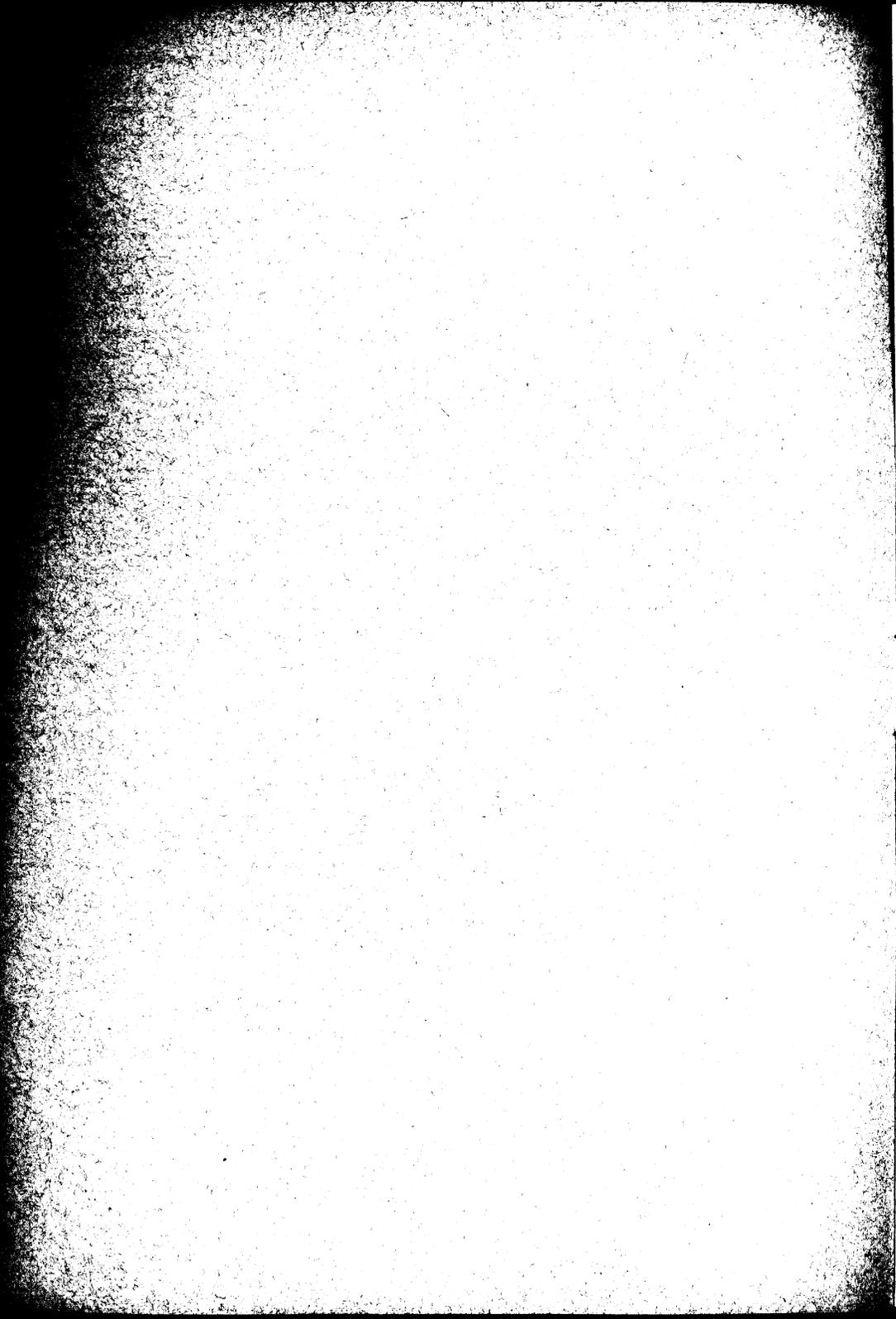
Dott. MARIO VINCENTI

Assistente degli Ospedali Riuniti
e già della R. Clinica Chirurgica dell'Università di Roma
Medico del Servizio Medici degli Sportivi del C. O. N. I.

Che cosa sono i menischi?

(Estratto da « Il Littoriale » di Roma del 3 Aprile 1942-XX)



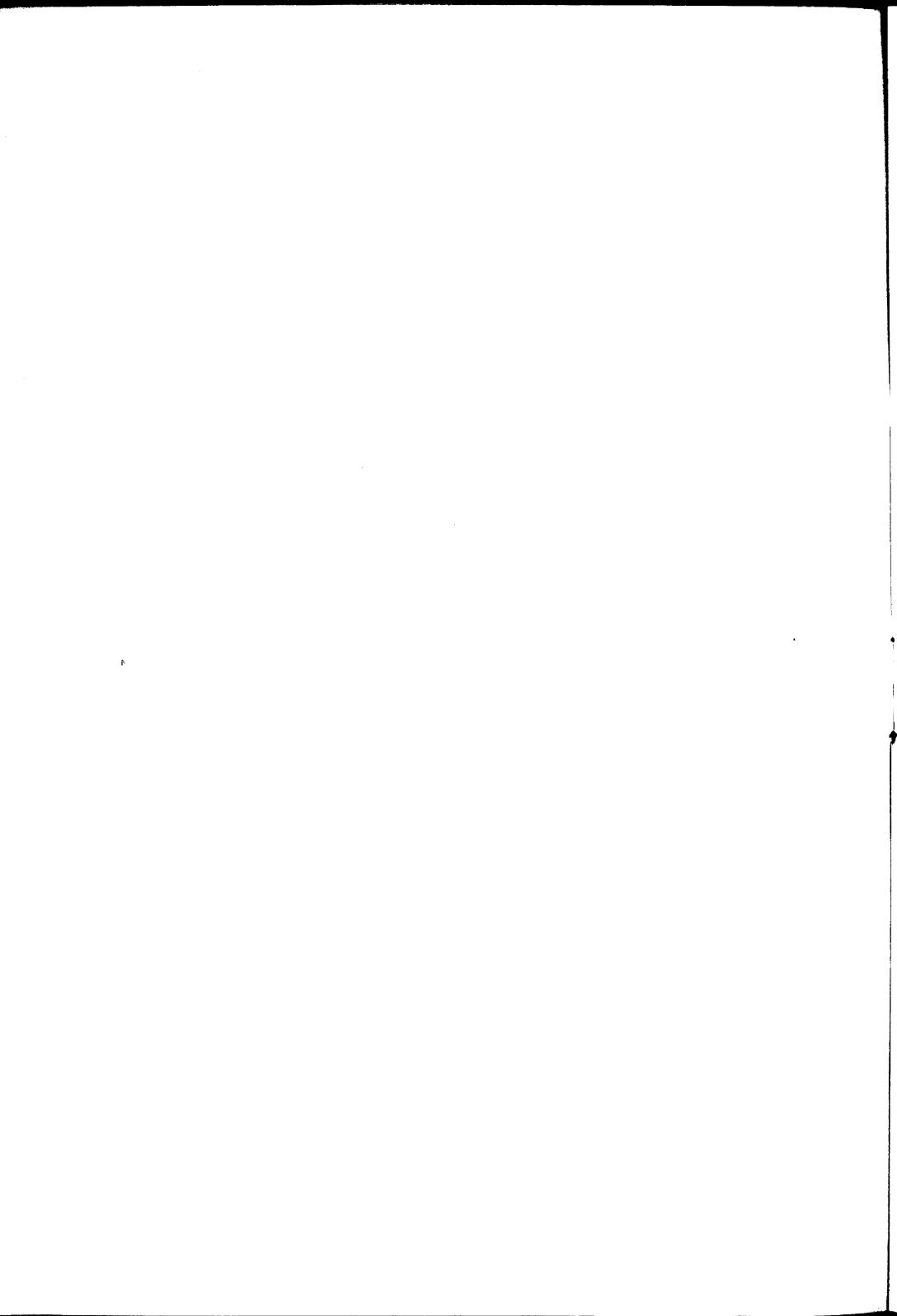


Dott. MARIO VINCENTI

Assistente degli Ospedali Riuniti
e già della R. Clinica Chirurgica dell'Università di Roma
Medico del Servizio Medici degli Sportivi del C. O. N. I.

Che cosa sono i menischi?

(Estratto da « Il Littoriale » di Roma del 3 Aprile 1942-XX)



Che cosa sono i menischi?

(Dal « Littoriale » di Roma del 3 aprile 1942)

Quante volte lo spettatore calcistico od il *tifoso* in genere si sarà posta questa domanda? E' infatti spesso accaduto che un giocatore di calcio, in seguito ad infortunio sul campo di gioco, anche in apparenza banale, si sia fatto aspettare domeniche e domeniche dal pubblico che ne attendeva il ritorno in squadra e che invece dopo qualche tempo sia apparso un trafiletto sui giornali sportivi annunciante che il giocatore X era stato felicemente sottoposto all'operazione di meniscectomia.

Ora, mi sembra non privo di logica il desiderio di sapere, manifestato dalla maggior parte dell'assiduo pubblico sportivo, il quale considera questi benedetti — o meglio maledetti — menischi come un piccolo mistero insolubile.

Effettivamente questo tipo di lesioni è attualmente di gran moda e solo in questi ultimi anni la moderna patologia ne ha svelati i particolari e la chirurgia ha potuto intervenire con la sua mano risanatrice su affezioni che da qualche decennio si trascinavano indefinitamente, paralizzando più o meno gravemente ogni attività del paziente.

La grande popolarità del gioco del calcio, che in questi ultimi anni ha conquistato tutte le folle, facendo registrare cifre finora mai raggiunte di giocatori regolarmente tesserati per squadre partecipanti ai campionati delle diverse categorie, e diffondendo fra i più giovani il dilettantismo per il pallone, ha proporzionalmente accresciuto le possibilità di infortuni di gioco e delle conseguenti lesioni.

Come sono fatti i menischi: Il ginocchio, nella sua delicata meccanica articolare, è il più frequentemente colpito da traumi,

sia diretti che indiretti. Esso va soggetto nei calciatori ad un regime di sforzi e di traumi d'intensità variabile, non gravi ma ripetuti, che preparano nell'articolazione una condizione di minore resistenza verso ulteriori sollecitazioni.

I menischi articolari del ginocchio sono due cartilagini a forma di semiluna, a sezione triangolare, interposte a modo di cuscinetto fra i capi articolari del femore e della tibia, e destinate ad accompagnare i movimenti di flessione, di estensione e di rotazione dell'articolazione, scivolando all'avanti o all'indietro o ruotando sul loro asse, seguendo i capi ossei articolari, onde facilitare la meccanica articolare e colmare quegli spazi vuoti che verrebbero a formarsi durante i movimenti sopra accennati. Essi aderiscono fra di loro, con la piattaforma tibiale, con la rotula e con la capsula articolare, mediante un sistema di legamenti sottili, ma molto resistenti, forniti di una certa elasticità che permette loro di compiere quei movimenti che la fisiologia articolare richiede.

Nei casi di traumi diretti sul ginocchio, od in seguito a cadute sulla gamba, mentre l'articolazione è in posizione di flessione, oppure quando un giocatore viene bruscamente interrotto nella sua azione da uno sgambetto, o prende terra calciando, o calci a vuoto, qualcuno dei legamenti suddetti può lacerarsi in parte o completamente: in tal modo il menisco (è per lo più quello interno che viene ad essere leso), perde le sue normali connessioni e rapporti anatomici, si dispone in posizioni o sedi insolite, ed è facile che in tal modo venga pizzicato o schiacciato tra i capi articolari durante i movimenti di flesso-estensione: la conseguenza che ne deriva è per lo più una lussazione od una frattura di esso. In tal modo il menisco stesso o frammenti di esso, interponendosi in modo svariato nel gioco articolare, possono ostacolarlo fino a bloccare più o meno lungamente la gamba in flessione.

E' facile trarre le conseguenze di tale condizione patologica: i movimenti saranno impediti, si formerà a carico della sinoviale un processo infiammatorio con versamento endoarticolare, tumefazione, impotenza funzionale, che costringeranno il paziente a lunghi periodi di immobilità. Nei casi più lievi, il calciatore, pur non lamentando una manifesta evidenza di sintomi, sente di non aver fiducia nella propria articolazione: si sente incerto, perde facilmente il controllo del pallone, è soggetto a

cadere più spesso senza ragioni apparenti, è eccessivamente cauto nel calciare e non dosa più con l'abituale precisione i passaggi ai compagni di squadra o i tiri in rete. In tal modo, viene a crearsi nei rapporti fra giocatore e dirigenti ed anche fra giocatore e pubblico, una situazione delicata, in quanto il primo sente di non trovarsi in buone condizioni fisiche, mentre gli altri possono dubitare, prima che la diagnosi dell'affezione venga precisata in modo esatto, di scarsa volontà o di scarso impegno. Questo stato di cose può provocare uno spiacevole influsso morale sul giocatore, il quale perde sempre più la fiducia nella propria efficienza. Tanto più facilmente ciò può accadere per il fatto che i disturbi da lesioni meniscali leggere possono concedere periodi di tregua relativa, senza forti disturbi funzionali, per poi riacutizzarsi in seguito a sforzi, o cadute, o nuovi traumi, o superallenamento.

Anche sciatori e pattinatori: Anche gli sciatori danno un discreto contributo alle lesioni dei menischi, soprattutto a causa dei violenti movimenti di rotazione cui è sottoposto l'arto nelle virate (discesa obbligata) o negli infortuni sciistici. Nello *spazzaneve*, nel *cristiania* e nel *telemark*, che sono tutte posizioni di frenaggio o di arresto eseguite con tecnica diversa, l'articolazione del ginocchio deve reggere alla forza viva che la velocità di discesa ha impresso al corpo, mentre i piedi subiscono un arresto violento dovuto alla resistenza opposta dalla neve: tutto il peso del corpo gravita sul condilo interno del femore, che trasmette l'impulso alla metà interna della piattaforma tibiale ed al menisco corrispondente che subisce una compressione inusitata che può lederlo.

In condizioni analoghe a quelle degli sciatori si trovano i pattinatori ed i giocatori di disco sul ghiaccio. Tra costoro, i provetti nelle esibizioni di virtuosismo ed i novizi per evitare le cadute, esercitano brusche contrazioni dei muscoli che s'inseriscono sul ginocchio con effetti dannosi sulla meccanica articolare.

Per quanto riguarda i giocatori di palla ovale, la patogenesi delle lesioni meniscali s'identifica con quella dei giocatori di calcio, tenendo presente la maggiore facilità di lesioni dirette nelle *mischie*. Ma effettivamente il numero degli infortuni è attualmente in percentuale minima, per l'assoluta minoranza dei cultori di questo sport.

Diagnosi difficile: Purtroppo, la patologia del ginocchio è tanto complessa che la diagnosi di lesione meniscale non potrà essere posta sulla base di sintomi certi. Molte lesioni danno infatti sintomatologie simili, come versamento, dolore ed impotenza funzionale, ed anche lo stesso fenomeno del blocco — così caratteristico — può essere provocato da alterazioni articolari di altro genere. Anche i raggi X sono a volte poco dimostrativi: infatti i menischi sono trasparenti e quindi in condizioni normali non sono visibili. Ma attualmente, mediante introduzione di ossigeno o di sostanze opache nella cavità articolare, ci si può rendere conto assai meglio della integrità anatomica o meno dei tessuti intrarticolari.

Nelle società che vanno per la maggiore, perfettamente attrezzate ed in grado di usufruire di tutte le facilitazioni e provvidenze della F.I.G.C., fornite di ottimi allenatori, abili massaggiatori e provetti sanitari specialisti, il giocatore infortunato trova ogni migliore assistenza, viene consigliato e curato opportunamente. Ma nelle cosiddette squadre povere, in quelle formate dai *puri* del dilettantismo, è ben altra cosa: in questi casi si tratta per lo più di undici ragazzi che attendono ai più svariati lavori per l'intera settimana e la domenica scendono sui campi di gioco per la partita. L'assistenza, in questi casi non può essere che molto scarsa si capisce; l'allenamento metodico o razionale è assolutamente sconosciuto ed inattuabile, e sono questi i casi in cui l'articolazione del ginocchio, sottoposta a sforzi ed a notevole superlavoro, senza un progressivo adattamento, va incontro più facilmente a probabili lesioni. Per questo anche avviene che i calciatori dilettanti ed in genere tutti quelli non inquadrati in una società o non dipendenti da un ente sportivo, danno il maggior contributo a questo genere di affezioni. Infatti, la sorveglianza medica negli sport, ottimamente esercitata dalla F.I.M.S. ha per obiettivo di mantenere ogni singolo individuo nei limiti di capacità di adattamento allo sforzo di tutti i suoi organi, per fare in modo che essi non vengano superati, con un allenamento progressivo, metodico e proporzionato alle capacità individuali, che è l'unico che possa formare un fisico ed un temperamento di atleta.

Alcune opinioni: Alcuni studiosi dell'argomento ammettono che l'esercizio continuativo cui si sottopongono i calciatori, porti una modificazione nel gioco dell'articolazione del ginocchio,

perchè le lesioni meniscali non derivano da un solo trauma, ma più spesso da una serie di traumi anche lievi, ma continui, i quali porterebbero — a lungo andare — a speciali alterazioni degenerative che sarebbero causa di distacchi frammentari o fratture complete dei menischi. Altri ammettono addirittura una predisposizione individuale.

V'è da notare che per quanto non in modo deciso, anche il ruolo occupato nella squadra offre una variabile probabilità di riportare lesioni al ginocchio. Viene spontaneo di pensare che i giocatori più esposti siano quelli d'attacco in genere ed in particolare le ali ed il centro attacco, in quelle squadre che adottino il gioco a w e cioè con le mezze ali arretrate; essi, per il compito che è loro riservato, debbono lanciarsi a rapidissima corsa, controllando con i piedi il pallone, evitando gli avversari o scartandoli, centrando poi dal limite del campo o tirando in rete da posizioni difficili e che richiedono a volte vere e proprie acrobazie: essi possono durante l'azione subire bruschi arresti in piena corsa da parte di avversari, mentre il corpo è proteso in avanti e gravita sulle articolazioni dei ginocchi, e sono soggetti a cadere sul fianco, a ginocchio flessso e gamba ruotata all'esterno od all'interno. Anche i terzini, ma in minor grado per il loro gioco fatto più di posizione che di velocità, possono essere soggetti a scontri più o meno duri ed a traumi diretti ed indiretti sull'articolazione del ginocchio.

In tutti i casi d'incapacità funzionale del ginocchio, con dolore, tumefazione e versamento che ricompaiono ad ogni minimo sforzo, e soprattutto quando nei movimenti di flessione-estensione della gamba si possano percepire rumori di scroscio o di scatto, o si abbia il blocco, anche temporaneo, dell'articolazione, si dovrà a buon diritto sospettare una lesione meniscale. In tal caso le cure fisiche, come massaggi, diatermia, bendaggi compressivi, forni, cure termali, manovre manuali di riduzione, otterranno solo effetti palliativi ed insufficienti e potranno solo applicarsi nel periodo acuto quando la diagnosi non è precisata. Il menisco, essendo un tessuto cartilagineo e scarsissimamente vascolarizzato, una volta leso o fratturato non può andare incontro a quei processi riparativi di cicatrizzazione, comuni ad altri organi e tessuti ricchi di sangue, e quindi non può spontaneamente guarire.

Tecnica degli interventi: Solo sul principio di questo secolo si cominciarono a tentare interventi sui menischi con cognizione di causa e con una certa esattezza, ma la tecnica è stata perfezionata in questi ultimi anni attraverso l'esperienza. Alcuni chirurghi tentarono la meniscopessia, ossia la fissazione del menisco lussato o fratturato, in sede propria, ma è stato poi dimostrato che l'intervento d'elezione è la meniscectomia totale o parziale, ossia l'asportazione completa del menisco leso o di suoi eventuali frammenti distaccati.

Si è visto attraverso migliaia di casi operati che l'asportazione di uno o di ambedue i menischi non provoca alcun danno sensibile alla meccanica articolare e l'esperienza dimostra continuamente che i calciatori meniscectomizzati possono tornare sui campi di gioco in perfetta efficienza e recuperare l'ottima forma di un tempo. Chirurghi italiani e stranieri hanno praticato inchieste presso giocatori di calcio che avevano subito tale intervento, ed hanno potuto constatare che tutti quei casi di lesioni meniscali che non erano complicati da altre alterazioni di natura diversa a carico di altre formazioni articolari, i pazienti poterono tornare a giocare dopo un periodo variabile da due a cinque mesi dall'operazione e che tutti, superato un breve periodo di spiegabile timore o di eccessiva cautela, avevano potuto riprendere, con un razionale allenamento, l'abituale efficienza.

Quindi sarà sempre consigliabile, in caso di diagnosi accertata, non perdere tempo prezioso in cure fisiche inutili: tanto più l'intervento sarà precoce, tanto meglio l'articolazione lo tollererà e si escluderanno in tal modo i pericoli di complicazioni che a lungo andare potrebbero insorgere in conseguenza del continuo stimolo irritativo provocato da una lesione anatomica che a parere concorde degli studiosi, non può spontaneamente guarire. Ogni precoce decisione sarà anche stimolata dalla considerazione che lo sportivo, ed il calciatore in particolare, è un paziente che ha necessità assoluta di ottenere il ripristino completo della sua efficienza funzionale: infatti una insufficienza permanente, anche parziale, della funzionalità di un arto può escluderlo in modo definitivo dalla pratica sportiva, con conseguenze facilmente immaginabili.

Dott. MARIO VINCENTI

del Servizio Medici degli Sportivi del C. O. N. I.

349314

