

Lussazione traumatica dei tendini peronieri
Tournè Y., International Orthopaedics, 1995, 197-203

La lussazione traumatica dei tendini peronieri è una patologia rara. In effetti, se ci si riferisce alla letteratura i casi sono poco numerosi. Quindi se paragonato alla distorsione di caviglia che giungono presso il P.S. è un evento raro. Tuttavia può passare misconosciuta se non la si va a ricercare.

E' stato Monteggia che nel 1803 ha descritto per la prima volta la lesione in una ballerina. Meary ha pubblicato i principi della tecnica chirurgica, che è quella attualmente più utilizzata in Francia.

Il nostro lavoro si rifà allo studio di 36 casi di lussazione dei tendini peronieri (12 acuti e 24 cronici) operati tra il 1970 e il 1992. L'obiettivo è di presentare, da una parte, la casistica ed i suoi risultati, dall'altra di presentare una nuova tecnica operatoria, derivata dalla tecnica di Meary.

Materiali

Sono state trattate 36 lussazioni traumatiche dei tendini peronieri. L'età media era di 26 anni con età minima di 15 e massima di 60.

In 30 casi si era trattato di incidenti sportivi (27 casi sci, 2 casi pallavolo, 1 caso corsa campestre) e in 6 casi una caduta banale.

Il meccanismo più frequentemente riscontrato corrisponde ad una flessione forzata del piede, associata ad un'eversione per evitare una caduta.

Per quanto riguarda le lesioni acute (12) il tempo intercorso tra l'incidente e la diagnosi variava da 0 a 10 giorni. Riguardo le lesioni croniche, la diagnosi è stata misconosciuta in urgenza (diagnosi di distorsione grave di collo piede) e il tempo trascorso tra l'incidente e la diagnosi andava da 15 giorni a 9 anni.

Tutti i pz presentavano un quadro di instabilità di caviglia con una lussazione permanente o intermittente dei tendini peronieri.

Per quanto riguarda le lesioni anatomico-patologiche, queste sono state rilevate in sala operatoria e annotate. Nelle 12 lesioni operate in urgenza erano presenti 5 lacerazioni nel pieno della guaina e 3 scollamenti fibro-periostali premalleolari laterali. Nelle 24 lesioni croniche c'erano due rotture delle guaine in pieno spessore, 6 guaine "tese" e in 16 scollamento fibroperiostale più o meno esteso sul malleolo laterale.

Sono state operate tutte le lesioni diagnosticate in urgenza. Non è stato eseguito in nessun caso un trattamento conservativo.

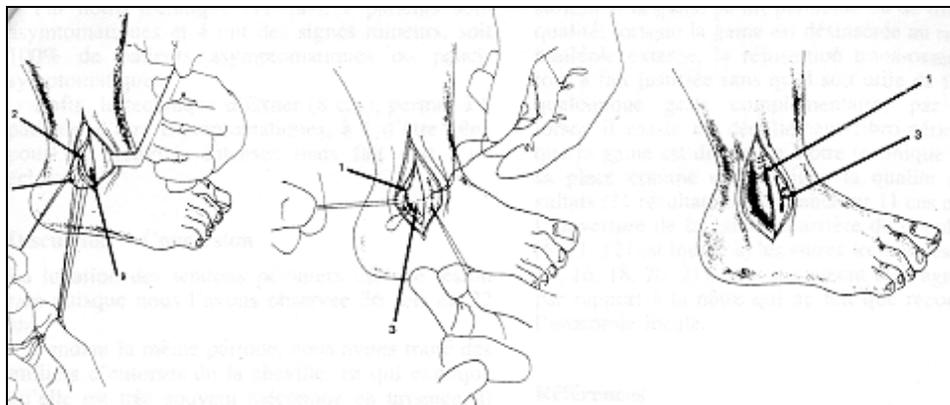
La nostra tecnica operatoria viene utilizzata dal 1982.

Il pz è posto in decubito laterale. La via d'accesso è centrata sul malleolo esterno, poi curva in avanti in prossimità della punta seguendo i tendini peronieri che hanno un decorso sottocutaneo.

Diversamente dalla tecnica di Meary non si apre la guaina, ma si incide verticalmente sul malleolo lo scollamento fibroperiostale evitando di ledere i tendini se questi sono lussati.

Si procede, così, dall'avanti all'indietro scollando il periostio fino a ritrovarsi nella zona di scollamento che può essere più o meno estesa (da qualche mm a uno-due cm). Un lembo fibro-periostale di 3-4 cm di lunghezza è così formato e va reinserito al bordo posteriore del malleolo peroneale con 3 punti di filo riassorbibile spesso, in vicinanza della punta del

malleolo, un altro punto viene posto al di sotto e un altro un cm ancora sotto. I fili di sutura sono messi in modo che la guaina non sia troppo tesa, infastidendo la corsa dei tendini, nè troppo lassa, rischio di recidiva, poi passati in 3 tunnels ossei forati con una miccia di 2 mm. Questi tunnels sono forati dall'indietro in avanti, preparandosi con l'aiuto di una punta per non scivolare.



- Fig 1: a) dissezione di un lembo composto dal periostio malleolare laterale e la guaina dei tendini peronieri. I tendini peronieri sono ridotti dietro al malleolo.
 b) si forano tre tunnel antero-posteriori nel malleolo esterno; si passano dei punti a U invaginando il lembo (1) dietro al malleolo esterno(3)
 c) i punti sono annodati ad davanti del malleolo esterno; ciò che resta del lembo è fissato al periostio restante.

I fili sono annodati a due a due davanti al malleolo, si sutura la pelle, si applica un drenaggio in aspirazione e la caviglia è immobilizzata con un gesso per 45 giorni. In 15ma giornata si concede il carico.

Dopo un periodo di rieducazione di 1 mese, dopo la rimozione del gesso, si autorizza la ripresa dell'attività sportiva intorno al 75o giorno.

Abbiamo utilizzato la nostra tecnica in 11 casi unicamente per lesioni croniche.

La tecnica di Meary è stata utilizzata 14 volte: 5 lesioni acute e 9 croniche.

La sutura semplice secondo Exner è stata utilizzata 8 volte di cui 6 erano acute.

I 3 casi restanti sono stati trattati con la tecnica di Ellis-Jones, uno secondo la tecnica di Lannelongue e l'ultimo secondo la tecnica di Poll.

Tutti gli operati sono stati immobilizzati con uno stivaletto gessato per 2 settimane con divieto di carico e per altre 4 settimane con appoggio completo con stivaletto da carico. Dopo un periodo di rieducazione di un mese alla rimozione del gesso, la ripresa dell'attività sportiva è stata permessa attorno al 75 giorno dopo l'intervento.

I risultati sono stati valutati secondo criteri funzionali. I criteri di valutazione sono stati il dolore, la mobilità della tibiotarsica, la stabilità della caviglia e la ripresa o meno dell'attività sportiva praticata prima dell'incidente.

I pazienti possono essere asintomatici con ripresa dell'attività sportiva. Alcuni presentavano sintomi minori con una caviglia stabile e funzionale, valida in ogni tipo di

attività compresa quella sportiva intensa, ma con dolore intermittente durante la corsa con episodi di edema serale. Altri presentano disturbi durante lo svolgimento di attività intense con dolori intermittenti, limitazione dei movimenti della caviglia ma senza instabilità né scroscio articolare.

Altri, infine, presentano disturbi nelle attività quotidiane con dolore permanente ed instabilità.

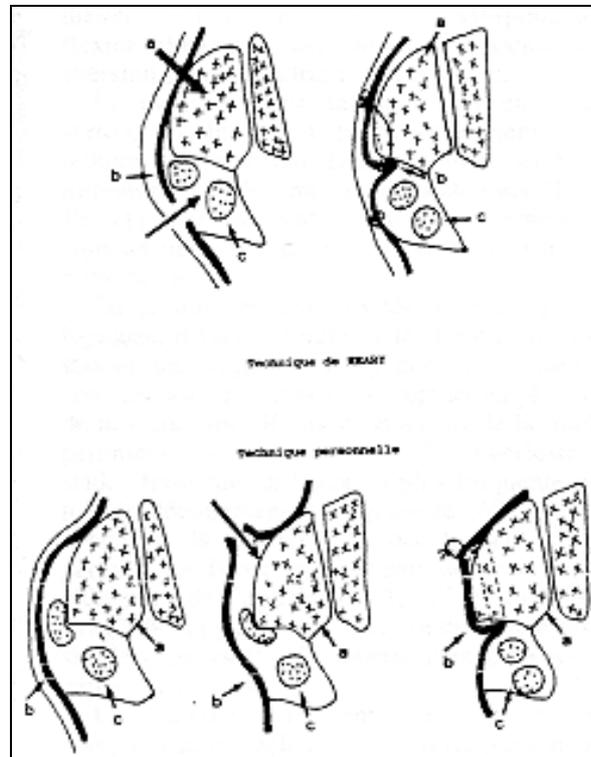


Fig. 2: Confronto tra la tecnica di Meary e la tecnica personale. A)fibula, b)complesso guaina periostio, c)tendini peronieri.

Risultati globali

Considerando insieme tutte le tecniche chirurgiche, senza distinzione tra lussazioni acute o croniche, abbiamo avuto: 24 pz totalmente asintomatici, 7 pz sintomatici minori, 1 pz con disturbo durante un'attività intensa ma senza instabilità, 1 pz con disturbi nelle attività quotidiane con instabilità, dolore continuo ed edema. Il trattamento chirurgico permette di ottenere il 92% di pz asintomatici o paucisintomatici.

Risultati secondo gli stati evolutivi

Delle 11 lussazioni acute 9 pz sono asintomatici , 1 pz ha sintomi minori, 1 pz ha disturbi durante un'attività intensa. Quindi il 91% dei pz è asintomatico o paucisintomatico.

Delle 23 lussazioni croniche, 15 pz sono asintomatici, 6 hanno sintomi minori, 2 riferiscono disturbi permanenti. Quindi il 91% dei pz è asintomatico o paucisintomatico.

Risultati in funzione delle tecniche chirurgiche più utilizzate

Con la tecnica di Meary (14 casi) 10 pz sono asintomatici, 2 hanno segni minori e 1 pz ha disturbi costanti. Quindi l'86% dei pz è asintomatico o paucisintomatico.

Con la nostra tecnica (11 casi) 7 pz sono asintomatici e 4 hanno segni minori. Quindi il 100% dei pz è asintomatico o paucisintomatico.

Infine, con la tecnica di Exner (8 casi) 6 pz sono asintomatici ed 1 pz presenta sintomi durante lo svolgimento di un'attività intensa.

Discussione - Conclusioni

La lussazione dei tendini peronieri è una lesione rara e l'abbiamo osservata 36 volte in ben 22 anni. Durante questo periodo, abbiamo trattato migliaia di distorsioni di caviglia e questo ci spiega come questa patologia sia spesso misconosciuta in urgenza. Si trattava nella maggior parte dei casi di un giovane adulto, di sesso maschile. Lo sci è lo sport più frequentemente in causa (90%) come riscontrato anche in letteratura. Il meccanismo abitualmente riscontrato corrisponde ad una flessione dorsale forzata del piede associata ad una eversione per proteggersi da una caduta. La diagnosi è raramente posta in urgenza, soprattutto se la lussazione non è permanente e si è ridotta spontaneamente.

Riguardo le lesioni anatomico-patologiche, bisogna differenziare le lesioni acute da quelle croniche. In urgenza le lesioni riscontrate sono di tre tipi: rottura in pieno corpo della guaina, disinserzione alla base del malleolo peroniero, scollamento tibio-periostale.

In fase cronica, la lesione più frequente è lo scollamento tibio-periostale che assomiglia alla camera di scollamento capsulo-periostale di Broca ed Hartman delle lussazioni recidivanti di spalla. In alcuni casi (25%) la guaina può sembrare distesa come se fosse spontaneamente cicatrizzata, ma con una certa lassità.

Il trattamento non può essere che chirurgico tenendo conto degli insuccessi abituali del trattamento con immobilizzazione in gesso o con bendaggio tipo Bragard. La tecnica operatoria deve essere adattata alle lesioni.

Allorquando la guaina è rotta in pieno corpo (soprattutto in urgenza) sembra logico proporre una semplice sutura secondo Exner, a volte rinforzata da un lembo periostale soprattutto se la guaina appare lucida o di cattiva qualità.

Allorquando la guaina è disinserita alla base del malleolo esterno, la reinserzione trans-ossea non è completamente giustificata senza fare un gesto complementare.

Al contrario quando esiste uno scollamento fibro-periostale o la guaina è distesa, è indicata la nostra tecnica in tutti i casi.

L'apertura della guaina posteriormente allo scollamento è inutile e le altre tecniche ci sembrano aggressive in rapporto alla nostra che non fa che ricostruire l'anatomia locale.