

## **TENDINITE DELL'ACHILLEO**

### **DA MALATTIA DI HAGLUND**

**Ottorino Catani**

Si confonde con “ le achilodinie basse microtraumatiche ”, di cui rappresenta la varietà più comune. E' legata ad un conflitto tra il forte della calzatura e la zona di inserzione tendinea. Molto più frequente nelle donne, a causa del tipo di calzatura utilizzata, non è tuttavia eccezionale negli uomini. Nella misura in cui si ritiene che le lesioni siano dovute a microtraumatismi ripetuti sul tendine a causa dell'azione congiunta del forte della calzatura e dell'angolo postero-superiore del calcagno, i quali agiscono sul tendine come “tra incudine e martello”, il tutto concorre ad avere come conseguenza di rendere l'angolo osseo aggressivo. Quindi esistono delle cause statiche e cause morfologiche.

#### **CAUSE STATICHE**

Il piede cavo che ha la tendenza a verticalizzare il calcagno e a rendere il suo angolo postero-superiore indirettamente e relativamente troppo saliente.

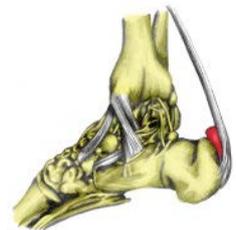
#### **CAUSE MORFOLOGICHE**



E' l'ipertrofia dell'angolo descritto da Haglund (calcagno alto e puntuto.) Lelievre ha anche descritto il calcagno con una tuberosità troppo lunga o globalmente troppo sviluppata (calcagno basso e bozzuto). Qualunque ne sia la causa il quadro clinico è identico.

### **SEGNI FUNZIONALI**

Il dolore è il sintomo principale, accentuato dalla calzatura portata che diventa veramente intollerabile, tanto da condizionare il pz. a portare unicamente delle scarpe senza il forte posteriore. Nelle forme più evolute il dolore diventa cronico e permanente impedendo la marcia.



### **SEGNI FISICI**



Il quadro è evidente davanti ad una tumefazione notevole della parte posteriore del tallone ricoperta da una palle violacea.

La palpazione è dolorosa soprattutto molto spesso dal lato esterno. A volte è riscontrata una piccola fluttuazione per l'infiammazione delle borse sierose retroachillee (le

borse sierose di Bovis, comprese tra la parte inferiore del tendine ed il rivestimento cutaneo). In totale questa tumefazione è costituita da un'ipertrofia ossea, dall'infiammazione della borsa sierosa e dalle modificazioni cutanee.

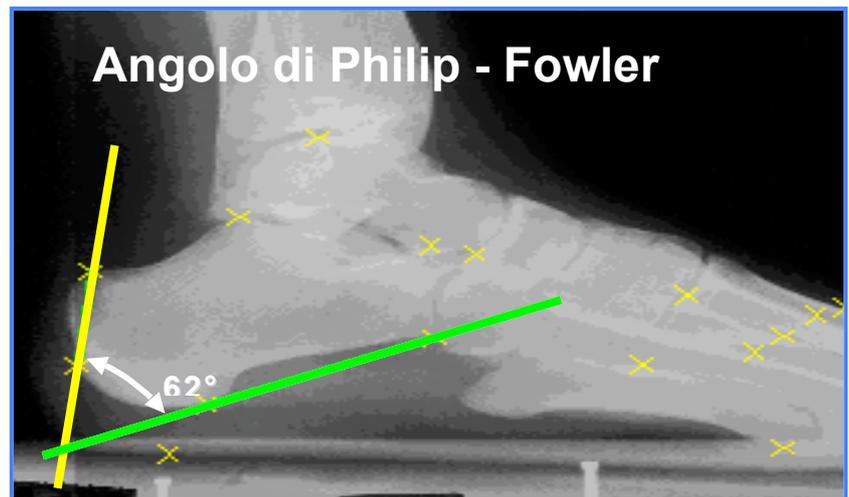
le borse sierose possono infettarsi.

La flessione dorsale passiva, la flessione plantare contro resistenza, sono ugualmente dolorose.

## **RADIOGRAFIE**

Esse sono evidentemente indispensabili. Devono essere realizzate in flessione dorsale e plantare per permettere lo studio dinamico. Lo studio morfologico del bordo postero-superiore del calcagno viene fatto su dei criteri radiologici tra cui quelli descritti da Fowler, Philip e Denis.

Per Fowler l'angolo disegnato dalle tangenti al bordo inferiore e al bordo posteriore dell'osso è normalmente di  $60^\circ$ . Qualsiasi aumento comporta una salienza



anomala del angolo postero-superiore del calcagno. Per Denis la tangente alla parte più posteriore della grossa tuberosità sfiora il cono postero-superiore o resta dietro di esso. Tutti i debordamenti sono legati ad una salienza anomala. L'esame radiografico deve essere

completato con delle misure degli angoli del piede secondo i criteri abituali per identificare eventuali problemi statiche.

### **DIAGNOSI DIFFERENZIALE**

Tra le malattie generali già largamente citate bisogna menzionare la bursite preachillea. E' spesso dovuta a delle anomalie del angolo postero-superiore del calcagno o a turbe della statica, in generale un piede cavo. Si manifesta clinicamente con dolori e all'esame con una tumefazione della regione del tallone. Ma al contrario della forma precedente questa tumefazione non è direttamente posteriore ma laterale, apparendo da ciascun lato del tendine come una bisaccia. Si riscontra una piccola fluttuazione che si sente sotto le dita palpando ciascuna faccia della zona tumefatta. La puntura della tumefazione permette di confermare la diagnosi e nello stesso tempo costituisce un gesto terapeutico efficace senza pregiudicare eventuali recidive.

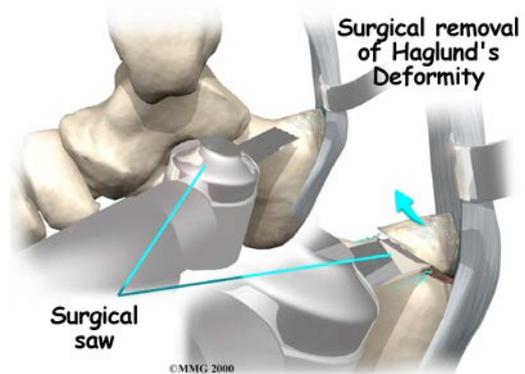
### **TRATTAMENTO MEDICO**

Deve essere sempre prospettato in primo luogo con l'obiettivo di sopprimere o di diminuire i fattori aggressivi. E' così che si consiglierà una calzatura adatta: calzature senza il forte posteriore o con la regione del tallone libera. Si potrà anche incidere la regione del tallone al di sotto della zona tumefatta. Possono essere poi prese delle misure podologiche come pure ortopediche per il piede cavo. Bisogna riconoscere che questi metodi sono spesso difficilmente applicabili

nella pratica o inefficaci obbligando a prevedere un trattamento chirurgico.

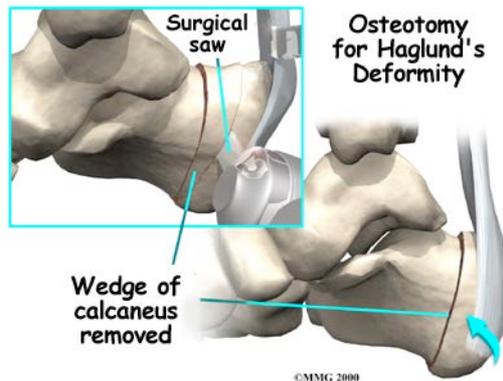
## **TRATTAMENTO CHIRURGICO**

La tecnica più utilizzata consiste nella resezione del angolo postero-superiore del calcagno. La via di accesso abituale è laterale-esterna ma alcuni AA preferiscono una via orizzontale al di sopra del forte della calzatura. La borsa sierosa preachillea è escissa. La resezione ossea deve essere larga e andare in basso, con una dolce pendenza a livello dell'inserzione del tendine. I bordi della resezione sono poi regolarizzati al fine di evitare di creare una nuova zona



di conflitto. L'appoggio è immediatamente consentito. Tutti gli AA e Noi siamo di questa opinione hanno constatato dei risultati molto variabili. A volte questi risultati sono buoni ma quasi sempre tardivi da ottenere. A volte, e senza una spiegazione, questi risultati sono mediocri se non cattivi. Senza insistere sulle alterazioni spesso dovute alla formazione della cicatrice, spesso riscontrate, le principali cause di malriuscita, sono rappresentate dall'assenza totale di miglioramento e dalla presenza di una residua sporgenza riscontrate nella % rispettivamente del 46% e del 56% da Taylor. Ciò giustifica la prudenza con la quale questo intervento deve essere consigliato, anche quando il trattamento conservativo non è stato seguito da un notevole miglioramento. L'irregolarità dei risultati incita a questo tipo di

atteggiamento. Esiste un'altra tecnica proposta nel 1939 da Zadek: l'osteotomia del calcagno. Consiste nella resezione di un triangolo osseo a base superiore e ad apice inferiore che interessa senza romperla la corticale inferiore dell'osso. La base del triangolo di



resezione interessa la corticale superiore tra la parte posteriore della sottoastraglica e l'angolo postero-superiore dell'osso, che è conservato. Si tratta dunque di un'osteotomia di

chiusura, la cui conseguenza è di avanzare l'angolo postero-superiore, rimuovendo così il conflitto con il tendine. L'osteosintesi è realizzata con una *grafe* (innesto osseo). In una recente pubblicazione Taylor riporta 8 interventi con risultati del tutto soddisfacenti, ma secondo il suo dire considera la sua serie troppo piccola affinché possa essere possibile tirarne delle conclusioni attendibili. La sua conclusione quindi come quella della maggior parte degli AA per ciò che concerne questa patologia è che ogni volta che sia possibile il trattamento conservativo deve essere preferito e il trattamento chirurgico consigliato solamente davanti al fallimento del precedente.

## CHIRURGIA PERCUTANEA MININVASIVA

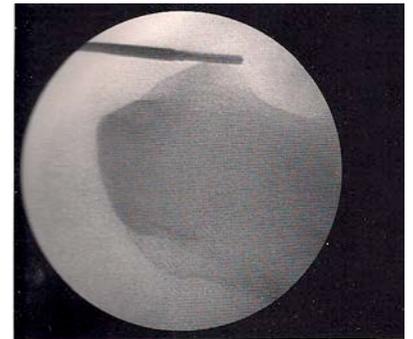
La possibilità di accedere per via percutanea sulla esostosi dorsale



e posteriore del calcagno rende la chirurgia percutanea mininvasiva una straordinaria alternativa alla chirurgia tradizionale.

L'accesso puntiforme laterale a circa 1 cm dall'inserzione distale del

tendine d'Achille, con l'ausilio dell'amplificatore di brillantezza, permette di raggiungere la tuberosità postero-superiore del calcagno e di aggredirlo efficacemente con le frese normalmente utilizzate per le osteotomie



dell'avampiede e con delle raspe larghe. Imperativo è mantenere il collo piede, durante il gesto chirurgico, in flessione plantare forzata per rilassare il tendine ed impedire lesioni iatrogene a suo carico.

Il risultato radiografico e funzionale è più che ottimale .

