

LA SINDROME DELLA BANDELLETTA TIBIALE

La sindrome della bandelletta tibiale (più correttamente, ileotibiale), nota anche come ginocchio del corridore, sindrome da frizione o sindrome della benderella ileotibiale, è un processo di tipo infiammatorio a carico della zona ileotibiale che è l'ultimo tratto della fascia femorale (o fascia lata), quella che riveste i muscoli superficiali della coscia.

La stragrande maggioranza degli autori ritiene che la funzione principale della bandelletta tibiale sia quella di rendere stabile la componente antero-laterale del ginocchio.

Alcuni autori (Nishimura, 1997; Fairclough, 2006) suggeriscono che, più che a carico della bandelletta, il processo infiammatorio sia relativo al tessuto molto innervato e vascolarizzato che separa la bandelletta ileo-tibiale dall'epicondilo femorale laterale.

È una sindrome che colpisce in particolar modo i podisti, ma non è infrequente anche in coloro che praticano altri tipi di sport come, per esempio, i calciatori, i cestisti e i pallavolisti.

Le cause

La sindrome della bandelletta ileo-tibiale può essere considerata, sostanzialmente, una sindrome da sovraccarico le cui cause possono essere fatte risalire al concorso di fattori predisponenti e di condizioni di tipo sportivo.

I fattori predisponenti sono generalmente di natura anatomica, tra questi ricordiamo il varismo del ginocchio, il varismo della tibia, la prominenza dell'epicondilo femorale laterale, la dismetria degli arti inferiori e il piede tendente alla pronazione; le principali condizioni di tipo sportivo che, unite ai sopracitati fattori, sono causa dei ripetuti microtraumi che alla fine scatenano il processo infiammatorio, sono la corsa su fondo inclinato o irregolare, un chilometraggio eccessivo (vedasi il nostro articolo *La distanza critica*), una brusca modifica in eccesso dei carichi allenanti (tipici i casi del runner principiante che inizia a correre e brucia le tappe troppo in fretta e del podista che decide di allungare le distanze di corsa, per esempio dai 10000 m alla mezza maratona oppure da quest'ultima alla distanza di Filippide) o la scelta di lunghi circuiti che presentano un'eccessiva alternanza di salite e discese o, ancora, gli allenamenti per la forza esplosiva particolarmente intensi. Un altro fattore predisponente, spesso scarsamente considerato, è il sovrappeso atletico.

La sintomatologia e la diagnosi



La patologia si presenta con un dolore generalmente continuo, ma non acuto, sulla faccia laterale del ginocchio; il dolore si accentua quando la bandelletta passa sopra il condilo femorale laterale, ossia quando il ginocchio forma un arco di circa 30 gradi in flessione. La dolenzia si sviluppa di solito dopo un determinato periodo di tempo dall'inizio dell'allenamento e tende a ridursi con il riposo.

La diagnosi si basa sull'esame obiettivo che mette in evidenza dolori alla pressopalpazione nella zona del seno tarsale. Eventuali indagini strumentali non servono tanto alla diagnosi quanto per escludere altre condizioni patologiche con manifestazioni cliniche simili; la diagnosi differenziale si pone con la tendinite distale del bicipite femorale, la tendinite poplitea, la lesione del menisco laterale, la cisti sinoviale, la gonartrosi laterale e gli esiti della ricostruzione

del legamento crociato anteriore. Solitamente gli esami richiesti sono la radiografia del ginocchio e l'ecografia; molto raramente si ricorre alla risonanza magnetica nucleare, quasi mai decisiva per la diagnosi e che, tra l'altro, può dare false o eccessive informazioni.

Trattamento

Questo infortunio rientra nei casi in cui il metodo Stop&Go (descritto in dettaglio nel nostro testo L'infortunio nella corsa) risulta molto efficace; poiché l'infiammazione provoca un dolore continuo, ma non acuto sulla parte esterna del ginocchio, l'atleta è spesso portato a continuare gli allenamenti, magari riducendoli quantitativamente. Niente di più errato perché si predispone a un aggravamento della patologia.

Il periodo di stop consigliato è di 20 giorni con terapie self (crioterapia). Se l'infortunio non si risolve, l'ortopedico interviene di solito con infiltrazioni di anestetico e farmaci steroidei, ionoforesi, ultrasuoni, tecarterapia, laserterapia ecc. In alcuni casi, invero molto rari, è necessario l'intervento chirurgico sulla bandelletta. Poiché nei casi più gravi, lo stop è piuttosto lungo, è necessario riprendere dopo un periodo di potenziamento dei muscoli della zona addominale, del quadricipite e dei glutei.

La prognosi della sindrome della bandelletta tibiale è buona nella stragrande maggioranza dei casi. In ogni caso si può riprendere solo a completa guarigione. Per la ripresa consultare l'articolo corrispondente.