

## **LESIONI RECENTI DEL LEGAMENTO PERONEO-ASTRAGALICO ANTERIORE: NOSTRA ESPERIENZA**

D. SPINELLA, M. FERLAZZO, L. CIRIACO, A. EVANGHELU, D. AMATO  
Istituto Clinico Cure Ortopediche e Traumatologiche C.O.T. - Messina

### **RIASSUNTO**

Gli autori riferiscono sulla loro esperienza (circa 10 anni) nel trattamento delle lesioni recenti di 3° grado (class.AMA) del Leg. Peroneo-Astragalico Anteriore mediante uso di ancorotta in titanio. Sulla scorta dei risultati ottenuti, gli autori confermano la bontà della metodica chirurgica.

### **INTRODUZIONE**

L'incidenza sempre più frequente di trauma distorsivi a carico della caviglia, specie con l'incremento della traumatologia sportiva e da incidenti stradali, ha determinato negli ultimi anni un ricorso a metodiche di trattamento sempre più finalizzato ad un recupero quanto più precoce ed efficace. In questo contesto ha trovato sempre maggiore sviluppo l'indirizzo al trattamento chirurgico, immediato o differito, per il ripristino anatomico-funzionale del legamento peroneo-astagalico anteriore, notoriamente interessato nei traumi distorsivi in introversione della caviglia. Poiché sussistono in letteratura orientamenti divergenti sul trattamento di questa lesione, specie in riferimento alla gravità della stessa, ed alle esigenze del traumatizzato sotto il profilo funzionale, gli autori ritengono utile riferire sul loro contributo sull'argomento, basato su una esperienza decennale.

### **ANATOMIA MORFO-FUNZIONALE**

La caviglia è l'articolazione distale dell'arto inferiore. E' una troclea ed è dotata di un solo movimento che condiziona i movimenti della gamba in rapporto al piede sul piano sagittale. Composta dalla tibio-astagalica e dalla tibio-peroneale distale, con i suoi segmenti scheletrici (tibia, perone ed astragalo) e tre gruppi principali di legamenti (mediali, laterali e la sindesmosi tibio-peroneale distale). Questi sono costituiti da due sostegni principali: il primo è legamento deltoideo, il secondo è composto da tre fasci ben distinti: legamento peroneo-astagalico anteriore, peroneo-calcaneare, peroneo-astagalico posteriore (*fig. 1-2*).

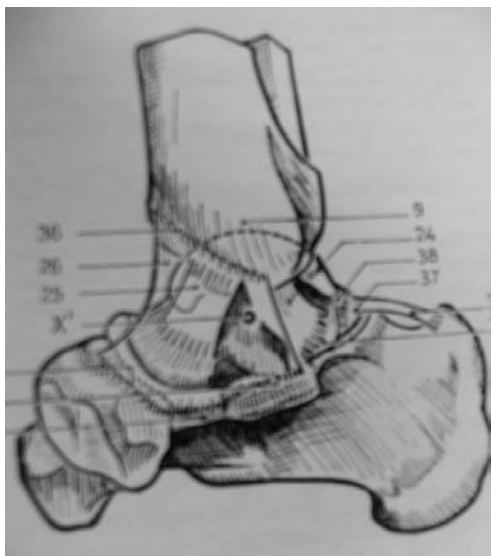


Fig. 1

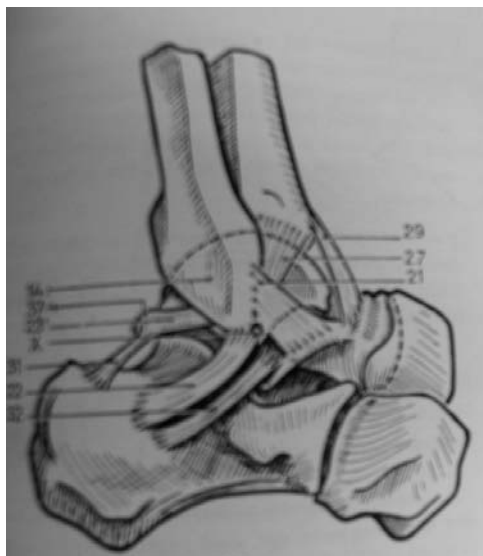


Fig. 2

Le distorsioni di caviglia sono gli eventi traumatici più frequenti in ambito sportivo e non. I meccanismi traumatici responsabili di questo evento sono:

- Sollecitazione in valgismo e pronazione
- Sollecitazione in varismo e supinazione

Queste ultime sono decisamente le più frequenti (circa l'85%).

I traumi distorsivi vengono classificati mediante tre parametri:

- Anatomico
- Sistema di nomenclatura standard dell'AMA (da noi adottato)
- Clinico

## MATERIALE E METODI

Nella nostra esperienza le distorsioni del comparto laterale sono circa l'85%, di cui il 30% con lesione di 3° grado del legamento peroneo-astragalico anteriore, con o senza interessamento degli altri legamenti del comparto laterale stesso. Dopo una revisione critica dei risultati ottenuti mediante trattamento conservativo, abbiamo iniziato ad intraprendere il trattamento chirurgico delle suddette lesioni. Dal gennaio 2000 al gennaio 2011 sono stati trattati 567 pazienti con età media di 27 anni (344 M, 223 F.). Di questi 193 avevano riportato il trauma durante un evento sportivo. La valutazione è stata effettuata con esame clinico ed esame strumentale (RMN) (fig. 3-4).



Fig. 3

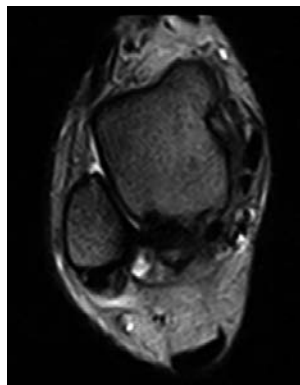


Fig. 4

**Tecnica Chirurgica:** Via d'accesso antero-laterale (si è sempre riscontrato, associata alla disinserzione del legamento peroneo-astragalico anteriore una rottura della porzione antero-letrale della capsula articolare); si procede alla resinserzione legamentosa mediante ancorotta in titanio (Mitek mini o GII) ed alla sutura della capsula articolare. Bendaggio compressivo con scarico dell'arto operato fino alla rimozione dei punti di sutura (10 gg.). Successivamente viene concesso il carico progressivo mediante uso di n°2 bastoni e ginocchiera bivalve. Dopo 10 gg. si rimuove la cavigliera e si applica la calza elastica con possibilità di intraprendere il trattamento riabilitativo (Kinesi progressiva assistita della caviglia).

## RISULTATI

Per la valutazione dei risultati ci siamo avvalsi di 3 parametri:

- Dolore a riposo e dopo sforzo
- Articolarietà
- Stabilità articolare

I risultati ottenuti con follow-up ad 1 anno sono:

- 93% (OTTIMO)
- 6% (BUONO)
- 1% (SUFFICIENTE)

## CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Secondo la nostra esperienza, alla luce dei risultati ottenuti, tutti i casi di lesione acuta del comparto laterale della caviglia, con lesione di 3° grado del legamento peroneo-astragalico anteriore, andrebbero trattati chirurgicamente. Con tale metodica abbiamo ottenuto:

- Completo ripristino dell'anatomia capsulo-legamentosa con conseguente ottima stabilità articolare
- Svuotamento dell'emartro con drastica riduzione della possibilità di formazioni di calcificazioni post-traumatiche
- Ottima ripresa funzionale (articolarietà) in quanto i pazienti vengono immobilizzati per un brevissimo periodo (solo 10 gg.)
- Ripresa in tempi dell'attività lavorativa, sportiva e della normale vita di relazione.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gould N, Seligson D, Gassman J: *early and late repair of the lateral ligament of the ankle*. Foot Ankle 1980
2. Lanzetta A: *Lesioni legamentose della caviglia. Importanza del legamento laterale esterno*. Masson Ed. Milano 1977
3. Anderson KJ LeCocq JF Clayton ML: *atlet injury to the fibular collateral ligament of*

*the ankle. Clin. Ort. 1962*

4. Bahr R, Pena F, Shine J: *biomechanics of ankle ligament reconstruction: an in vitro comparison of the Brostrom repair, Watson –Jones reconstruction and a new anatomic reconstruction technique. Am J sports Med 1997*

5. Brunner R, Gaecter M: *repair of fibular ligaments: comparison of reconstructive technique using plantaris and peroneal tendons; Foot Ankle 1991*

6. Brostrom L: *Anatomic lesions in recent sprains, Acta Chir Scand 1964*

7. Chapman MW: *sprains of the ankle. Instr Course Lect 1975*

8. Kristiansen B, Evans: *repair of lateral instability of the ankle joint. Acta Ortho Scand 1981*