

SINDROME DELLA BANDELLETTA ILEOTIBIALE

Dott Vendrame Franziskus, chinesologo, centro Kinesis , Conegliano

Nessuno più dei trailrunners o degli ultratrailers sa cosa vuol dire correre con il dolore. L'attività è così intensa che l'acciaccio è all'ordine del giorno. È difficile percorrere distanze importanti su terreni insidiosi senza avere sensazioni dolorose che ci accampognano. E' la quantità enorme di benendorfine (endorfine endocrine) prodotte dal nostro corpo sottoposto a carichi allenanti notevoli che ci consente di avere una soglia di sopportazione del dolore molto alta, nel bene e nel male. Nel bene perché ciò ci consente di continuare a svolgere allenamenti e gare anche in presenza di dolore. Nel male perché non siamo più in grado di dare la corretta importanza a quel segnale di avvertimento che è, per l'appunto, il dolore stesso. Se arriviamo a questo punto il rischio di lesioni anche gravi si fa più consistente. Quindi il trailer attento deve sapere quando fermarsi, facendo propri gli insegnamenti che porta con se l'esperienza e agendo con il buon senso. Una delle patologie che per essere superata con successo richiede buon senso e soprattutto molta pazienza è la sindrome della bandelletta ilio tibiale.

UNA QUESTIONE DI TENDINI

La bandelletta è la fascia tendinea che nasce dai passaggio muscolo tendinei del grande gluteo e del tensore della fascia lata. I due muscoli, hanno inserzioni prossimali diverse (il grande gluteo posteriormente e il tensore latero-anteriormente sul bacino), ma convergono verso la parte laterale della coscia fondendosi nella bandelletta ileotibiale, un grande tendine che va ad inserirsi in basso sulla faccia esterna della tuberosità tibiale (Tubercolo del Gerdy). La bandelletta ileo tibiale nasce in realtà ancora più in alto: infatti ha una sua continuazione verso l'alto con una porzione tendinea che va ad inserirsi sul bordo esterno della cresta iliaca, la bandelletta ileo femorale o di Maissiat. Questo aspetto anatomico è di grande interesse poiché spiega l'importanza di questo articolato sistema. Anticipiamo che la bandelletta ileo tibiale è sottoposta ha notevoli azioni muscolari e carichi meccanici.

FUNZIONE

Nella statica in piedi, nel cammino e di più ancora nella corsa, l'azione del grande gluteo e del tensore è praticamente continua. In particolare nell'appoggio monopodalico (su un piede solo) il tensore della fascia lata è assoluto protagonista della stabilità del bacino, poiché evita che il bacino "cada" dalla parte del piede sollevato da terra. Questa azione è fondamentale ogni volta che durante la corsa si ha una fase di appoggio, cioè sempre. Tanto più la corsa crea un carico importante in appoggio (pensiamo ad una discesa da sentiero che preveda balzi e salti su un piede solo, ma anche una discesa asfaltata) tanto più intensa è l'attività del tensore della fascia lata. La forza esercitata dalla sua contrazione si trasferisce sul tendine, quindi sulla bandelletta ileo tibiale e quindi per ultimo, sul "povero tubercolo" femorale del Gerdy.

Allo stesso modo il grande gluteo, che non va dimenticato è il muscolo più forte del corpo umano, partecipa alla statica ed è un potente estensore della coscia verso dietro. Anche la sua contrazione si trasferisce sulla bandelletta.

E' evidente che il tendine o più precisamente la fascia aponeurotica della bandelletta è sottoposta a tensioni notevoli.

E la sua inserzione sotto il ginocchio, fa sì che concorra anche a rendere stabile la componente antero laterale del ginocchio.

INFIAMMAZIONE

I sovraccarichi sulla componente tendinea della bandelletta ileo tibiale si possono trasformare in infiammazione. Ed è più frequente l'apparizione del dolore a livello dell'inserzione distale, cioè sulla parte esterna del ginocchio.

Infatti alcuni autori (Nishimura, 1997; Fairclough, 2006) ritengono che il processo infiammatorio sia relativo al tessuto molto innervato e vascolarizzato che separa la bandelletta ileo tibiale dall'epicondilo femorale laterale.

a patologia si presenta con un dolore generalmente continuo, ma non acuto, sulla faccia laterale del ginocchio; il dolore si accentua quando il ginocchio supera i 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 palpazione nella

zona esterna tibiale del ginocchio. Eventuali indagini strumentali non servono tanto alla diagnosi quanto per escludere altre condizioni patologiche con manifestazioni cliniche simili (es. 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).

COSA SUCCEDDE ORA?

L'infiammazione provoca un dolore continuo, ma non molto acuto sulla parte esterna del ginocchio. Ciò "illude" l'atleta che non si tratti di cosa grave ed quindi è spesso portato a continuare gli allenamenti, magari riducendoli quantitativamente. È il secondo errore, poiché continuare l'attività è l'inizio dell'aggravamento della patologia. In pratica, sintomatologia insorge in maniera molto subdola: all'inizio si manifesta in maniera sorda dopo pochi minuti, poi sembra attenuarsi con il passare dei km, ma alla fine aumenta di nuovo fino a condizionare la dinamica della corsa al termine della seduta. Normalmente il dolore è nella zona laterale del ginocchio e si accentua con la digitopressione a ginocchio flesso sul condilo laterale del femore.

Il periodo di stop consigliato è di 20 giorni con autoterapie a partire dal ghiaccio. Nel caso in cui il problema non si risolva, normalmente lo specialista ortopedico consiglierà dei FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei) e dei miorilassanti oltre alla sospensione della corsa. Se l'infortunio non si risolve ancora, si può intervenire con infiltrazioni di anestetico e farmaci steroidei, ionoforesi, ultrasuoni, laserterapia ecc. 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. Solitamente la guarigione da sindrome della bandelletta tibiale è buona nella stragrande maggioranza dei casi. In ogni caso si può riprendere solo a completa guarigione.

IN SINTESI

- ♣ La sindrome della bandelletta ileo tibiale è una infiammazione tendinea
- ♣ La causa dell'infiammazione è il sovraccarico con alcuni fattori predisponenti
 - Corsa prolungata
 - Corsa su terreni accidentati
 - Corsa su piani inclinati
 - Meccanica corporea (varismo del ginocchio, angolo della testa del femore, ecc ...)
 - Cinetica della corsa non efficace
 - Postura statica e dinamica alterate
- ♣ Ai primi segnali rivolgersi ad uno specialista per una diagnosi
- ♣ Non insistere nella corsa se il problema dura da più di 15 - 20 giorni
- ♣ Fermarsi per 20 giorni, magari dedicandovi ad allenamenti alternativi
- ♣ Aver pazienza poiché il problema si risolve con il riposo.

CONCAUSE E PREVENZIONE

Soprattutto per coloro che praticano attività estreme (50 km di sterrato con 3000, 3500 mt d+ è già da considerarsi estrema rispetto all'uomo "standard") e tra i lettori di questa rivista credo ce ne siano un bel po', non è da trascurare una attenzione particolare all'integrazione

pre e durante la gara, con amminoacidi essenziali, poiché i tendini ne hanno un gran bisogno. Magari questa tematica verrà affrontata da qualche altro esperto su questa rivista.

Per quanto riguarda le mie competenze posso ricordare che un'analisi posturale e l'analisi della cinetica possono aiutare a prevenire l'insorgenza infiammatoria da cause meccaniche e questo aspetto preventivo posturale lo analizzeremo in uno dei prossimi numeri.

Buone corse a tutti.