Corso di MEDICINA dello SPORT e TRAUMATOLOGIA

Patologia sovraccarico funzionale: ARTO INFERIORE

Alberto Ventura

UOSD Chirurgia Articolare Mini invasiva Istituto Ortopedico G. Pini, Milano









- 1. PATOLOGIA DELL' APPARATO ESTENSORE DEL GINOCCHIO
- 2. GINOCCHIO DEL SALTATORE
- GINOCCHIO DEL CICLISTA
- 4. SINDROME DELLA BENDELLETTA ILEO-TIBIALE
- 5. SHIN SPLINTS
- TENNIS LEG
- 7. SINDROME COMPARTIMENTALE
- 8. PIEDE DEL CALCIATORE

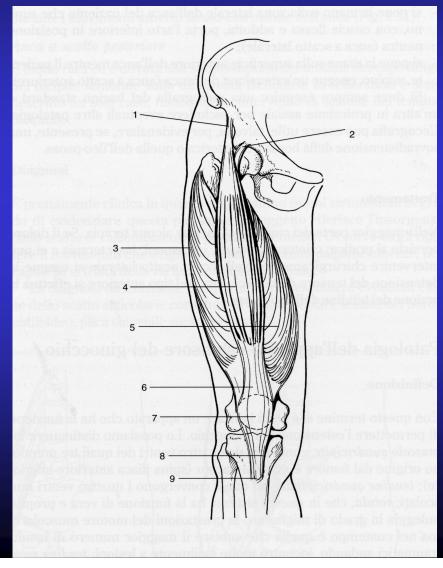




PATOLOGIA APPARATO ESTENSORE DEL GINOCCHIO

PATOLOGIA DELL' APPARATO ESTENSORE 215 DEL GINOCCHIO

GENERAL ITA'



1-5. MM QUADRICIPITE

6. TENDINE QUADRICIPITALE

7. ROTULA

8. TENDINE ROTULEO

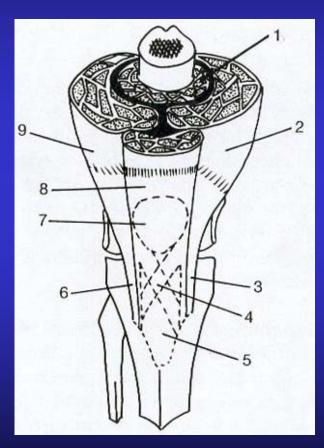
9. ATA



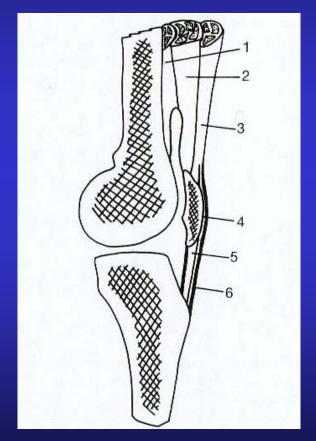
PATOLOGIA DELL' APPARATO ESTENSORE DEL GINOCCHIO



GENERAL ITA'



VISIONE FRONTALE



VISIONE SAGITTALE



PATOLOGIA DELL' APPARATO ESTENSORE DEL GINOCCHIO



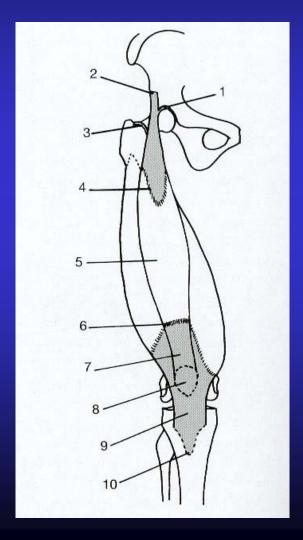
GENERAL I TA'

POSSONE ESSERE COLPITE DIVERSECOMPONENTI DI TALE APPARATO:

- 1. <u>CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA</u> (LA PIU' FREQUENTE)
- 2. <u>TENDINOPATIE</u> A CARICO DEL TENDINE ROTULEO E DEL TENDINE QUADRICIPITALE
- 3. LESIONI MM A CARICO DEL QUADRICIPITE

DEL GINOCCHIO

GENERAL ITA'



PRINCIPALI ZONE DI LESIONE:

- 2. SIAS (INSERZIONE TENDINEA)
- 4, 6. GIUNZIONI MIOTENDINEE
- **5 VENTRE MM**
- 7. TENDINE QUADRICIPITALE
- 9. TENDINE ROTULEO
- 10. ATA



CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA CA



TIPICA DURANTE E SUBITO DOPO LA CRESCITA ADOLESCENZIALE (16-24aa).

COMUNE A DIVERSI SPORT AI DIVERSI LIVELLI
AGONISTICI

LA ROTULA FUNZIONA COME UNA VERA E PROPRIA PULEGGIA
PER IL MOTORE MM ED E' IN UN PERENNE EQUILIBRIO
PRECARIO RISULTANDO COINVOLTA IN TUTTE LE
SITUAZIONI CHE ALTERANO IL FUNZIONAMENTO DEL
GINOCCHIO (ANOMALIE ANATOMICHE e POSTURALI)



CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA EZIOPATOGENESI



L'ANATOMIA FUNZIONALE QUADRICIPITALE E' TALE PER CUI L'ASSE DEL QUADRICIPITE DURANTE LA CONTRAZIONE ESERCITA UN EFFETTO A CORDA D'ARCO DISLOCANDO LA ROTULA LATERALMENTE.

TALE TENDENZA E' CONTRASTATA DALLA TRAZIONE MEDIALE DEL VASTO MEDIALE E DALL' ANATOMIA DEI CONDILI FEMORALI



CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA



EZIOPATOGENESI



DINAMICA CONTRAZIONE QUADRICIPITALE



CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA EZIOPATOGENESI



UN MALALLINEAMENTO DELL' APPARATO ESTENSORE e/o L'INSUFFICIENZA ANATOMICA o FUNZIONALE DEL VASTOMEDIALE



ALTERATA STABILIZZAZIONE DINAMICA DELLA ROTULA CON ELEVATO ATTRITO TRA QUESTA ED IL FEMORE

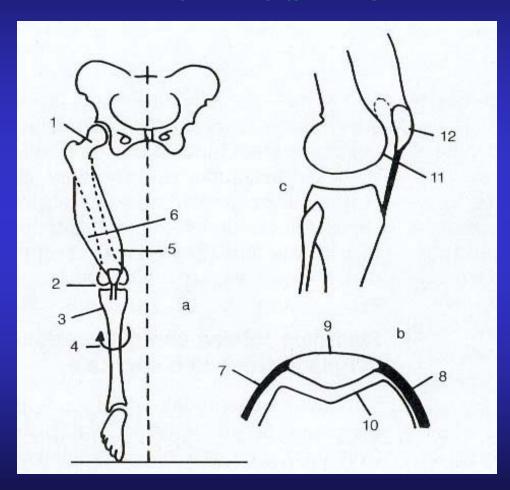
IL CONTINUO RIPETERSI DI TALE EVENTO TRAUMATICO,
TIPICO DEL SOVRACCARICO FUNZIONALE, PUO' DETERMINARE
L'INSORGENZA DI UNA PATOLOGIA PRIMA INFIAMMATORIA E
POI DEGENERATIVA



CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA



EZIOPATOGENESI

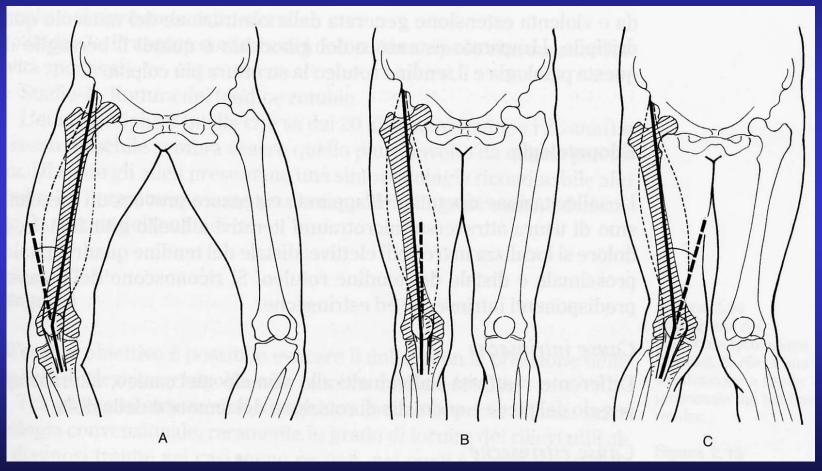


FATTORI CHE POSSONO ESSRE CHIAMATI IN CAUSA IN UNA SINDROME ROTULEA



CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA 273





ALLINEAMENTO FEMORO-ROTULEO: ANGOLO Q A. GINOCCHIO VARO, B. GINOCCHIO NORMALE, C. GINOCCHIO VALGO



CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA DIAGNOSI



DOLORE, TIPICAMENTE VAGO E MAL LOCALIZZATO,
ACCENTUATO DA ATTIVITA' CON PREVALENZA DELLA
FLESSIONE; CEDIMENTO e BLOCCO ARTICOLARE

TEST SPECIFICI (ASCENSIONE CONTRASTATA)

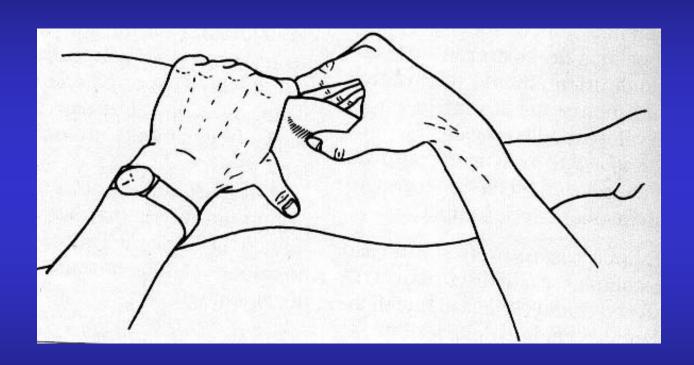
RX STANDARD E CON PROIEZIONI ASSIALI



CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA



DIAGNOSI

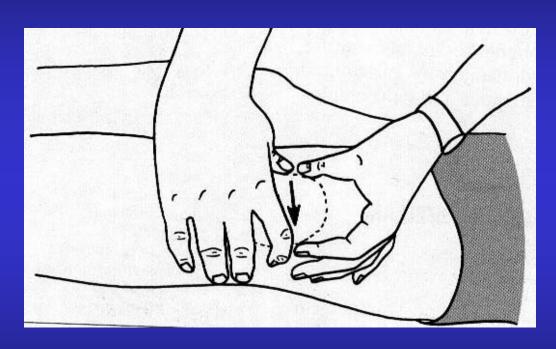


PALPAZIONE FACCETTE POSTERO-LATRALI ROTULEE



CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA DIAGNOSI





RICERCA DI UN'IPERMOBILITA' ROTULEA SULPIANO FRONTALE



CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA TRATTAMENTO



RIPOSO SPORTIVO, CRIOTERAPIA

FKT: ESERCIZI ISOMETRICI,
STRETCHING

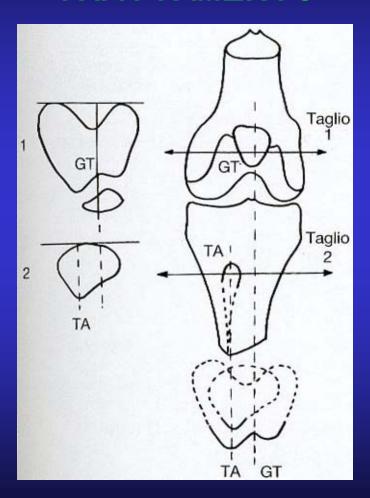
EVENTUALE INTERVENTO CHIRURGICO



CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA 213



TRATTAMENTO



VALUTAZIONE PRE OPERATORIA





GINOCCHIO DEL SALTATORE



GINOCCHIO DEL SALTATORE GENERALITA'

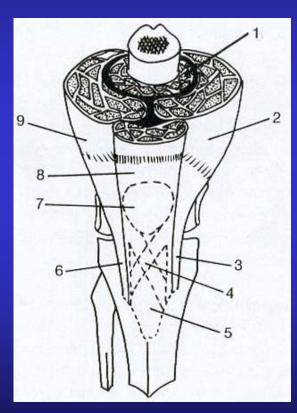


TENDINOPATIA TIPICA DI SPORT COME LA PALLAVOLO, IL BASKET, LA PALLAMANO E LE SPECIALITA' DEI SALTI NELL'ATLETICA LEGGERA

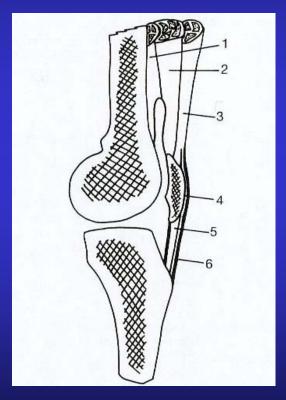




GINOCCHIO DEL SALTATORE GENERALITA'



VISIONE FRONTALE



VISIONE SAGITTALE



GINOCCHIO DEL SALTATORE EZIOPATOGENESI



L'EVENTO DINAMICO PATOGENO PER L'APPARATO
ESTENSORE E'RAPPRESENTATO DA UN MECCANISMO DI
FLESSIONE SEGUITO DA UNA BRUSCA ESTENSIONE
GENERATA DALLA CONTRAZIONE DEL QUADRICIPITE, QUALE
SI VERIFICA NELL'ESECUZIONE DEL SALTO

LA RIPETIZONE DI TALE GESTO E' IN GRADO DI STRESSARE PROGRESSIVAMENTE L' APPARATO ESTENSORE ED IN PARTICOLAR MODO ILTENDINE ROTULEO



GINOCCHIO DEL SALTATORE EZIOPATOGENESI



SI RICONOSCONO CAUSE PREDISPONENTI INTRINSECHE
(ALTERATO APPOGGIO DEL PIEDE) ED ESTRINSECHE
(TERRENO DI GIOCO, n° e TIPOLOGIA DEGLI
ALLENAMENTI, RUOLO)



GINOCCHIO DEL SALTATORE CLINICA



DOLORE IN TRE SEDI ELETTIVE: TRATTO DISTALE DEL TENDINE QUADRICIPITALE, TRATTI PROSSIMALE E DISTALE DEL TENDINE ROTULEO

INIZIALMENTE PRESENTE SOLO SOTTO CARICO E POI PERDURANTE ANCHE A RIPOSO

L' EVOLUZIONE DELLA PATOLOGIA MAL TRATTATA PUO' SFOCIARE NELLA ROTTURA DEL TENDINE



GINOCCHIO DEL SALTATORE CLINICA



IN ALCUNI CASI ALL' INSORGENZA DELLA
SINTOMATOLOGIA PUO' SEGUIRE LA COMPARSA DI UN
DOLORE IN SEDE PARAROTULEA MEDIALE,
ESPRESSIONE DI UNA CONDROPATIA ROTULEA CAUSATA
DA UN' IPOTROFIA MM DEL QUADRICIPITE IN
SEGUITO AD UN' INIBIZIONE RIFLESSA SU BASE
ALGICA



GINOCCHIO DEL SALTATORE DIAGNOSI



DOLORE ALLA PALPAZIONE NELLE TRE SEDI E TALVOLTA SULLA FACCETTA ROTULEA MEDIALE

RX (PUO' EVIDENZIARE CALCIFICAZIONI TENDINEE, ESPRESSIONE DI PATOLOGIA CRONICA)

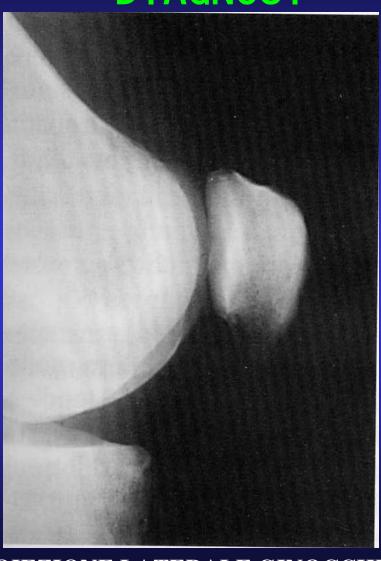
ECO (GOLD STANDARD)



GINOCCHIO DEL SALTATORE



DIAGNOSI



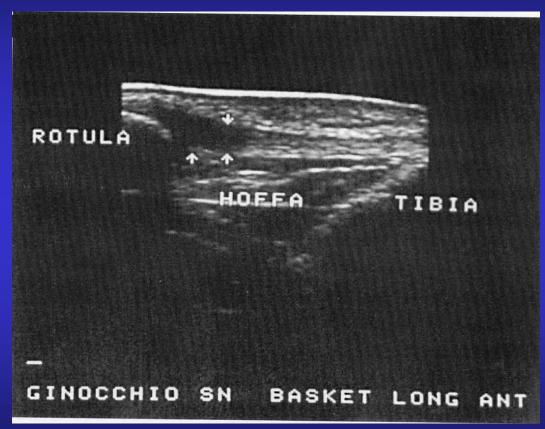
PROIEZIONE LATERALE GINOCCHIO
OSSIFICAZIONE TRATTO PROSSIMALE TENDINE ROTULEO



GINOCCHIO DEL SALTATORE



DIAGNOSI



ECOGRAFIA
AREA IPOECOGENA (FRECCE), ESPRESSIONE DELLA
ZONA TENDINEA DEGENERATA



GINOCCHIO DEL SALTATORE TRATTAMENTO



PATOLOGIA DI DIFFICILE TRATTAMENTO, SOPRATTUTTO NEI CASI MENO RECENTI

RIPOSO SPORTIVO (FINO A 3 MESI), CRIOTERAPIA.

TERAPIE FISICHE (LASER, ULTRASUONI)

EVENTUALE INTERVENTO CHIRURGICO





GINOCCHIO DEL CICLISTA



GINOCCHIO DEL CICLISTA GENERALITA'



EVENIENZA FREQUENTE NEI CICLISTI

NELLA QUASI TOTALITA' DEI CASI SI TRATTA DI UNA CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA

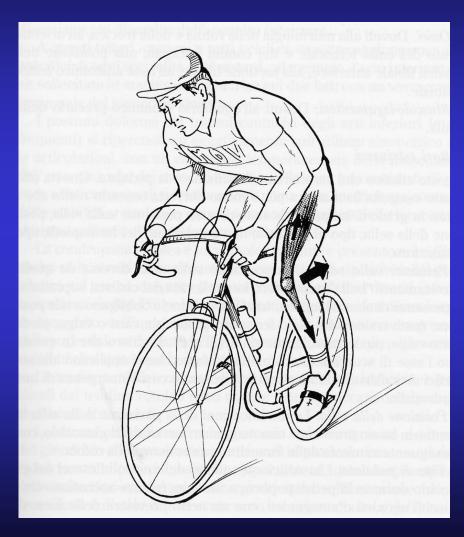
PIU' RARAMENTE, ASSOCIATA OD ISOLATA, SI PUO' PRESENTARE UNA TENDINOPATIA DEL QUADRICIPITE O DELLA ZAMPA D' OCA



GINOCCHIO DEL CICLISTA



GENERALITA'



DIVERSE FORZE AGISCONO SULA ROTULA NELL'ATTO DELLA PEDALATA



GINOCCHIO DEL CICLISTA EZIOPATOGENESI



LA ROTULA È IL FULCRO DELLA FORZA
ESERCITATA DAL QUADRICIPITE MEDIANTE I
TENDINI QUADRICIPITALE E ROTULEO

DURANTE LA PEDALATA SI ESERCITANO
CONTEMPORANEAMENTE SU DI ESSA FORZE IN
TENSIONE ED IN COMPRESSIONE



GINOCCHIO DEL CICLISTA EZIOPATOGENESI



DIVERSI FATTORI POSSONO ALTERARE L'ASSE DI SCORRIMENTO DELLA ROTULA DURANTE LA PEDALATA:

//TR/NSEC/: MORFOLOGIA ROTULEA, POSIZIONE
DELL' ATA, ASSE ANATOMICO FEMORO-TIBIALE

<u>ESTRINSECI</u>: ESECUZIONE CORRETTA DELLA PEDALATA, POSIZIONE SULLA E DELLA SELLA TIPOE E POSIZIONE DEI FERMAPIEDI



GINOCCHIO DEL CICLISTA EZIOPATOGENESI



LA CONSEGUENZA DI CIO' È L'INSORGENZA DI UNA CONDROPATIA FEMORO-ROTULEA CHE, SEPPUR ASINTOMATICA, RISULTA QUASI COSTANTEMENTE PRESENTE NEL CICLISTA A CAUSA DELLA RIPETITIVITA' DEL GESTO, ESEGUITO PER DIVERSE ORE A DIVERSI RITMI (SOVRACCARICO FUNZIONALE)





GINOCCHIO DEL CICLISTA DIAGNOSI

ABBASTANZA SEMPLICE

RICERCA DEL DOLORE IN SEDE ROTULEA, ANCHE ATTRAVERSO L'ESECUZIONE DI TEST SPECIFICI

RX STANDARD + PROIEZIONI ASSIALI DI ROTULA PER LO STUDIO DELLA CONGRUENZA FEMORO-ROTULEA



GINOCCHIO DEL CICLISTA TRATTAMENTO



RIPOSO SPORTIVO, CRIOTERAPIA, FKT

INDIVIDUAZIONE DELL' EZIOLOGIA (FACILE LA CORREZIONE DEI FATTORI ESTRINSECI, PIU' DIFFICILE QUELLA DEI FATTORI ESTRINSECI)

EVENTUALE SOLUZIONE CHIRURGICA





SINDROME DELLA BENDELETTA ILEO-TIBIALE



SINDROME DELLA BENDELETTA ILEO-TIBIALE

GENERALITA'

TIPICA IN ATLETI CHE PRATICANO FONDO E **MEZZOFONDO**

TENDINE FINALE DEL TENSORE DELLA FASCIA LATA CHE SI INSERISCE SUL TUBERCOLO DI GERDY (STABILIZZA IL COMPARTIMENTO ESTERNO DEL GINOCCHIO)



SINDROME DELLA BENDELETTA ILEO-TIBIALE

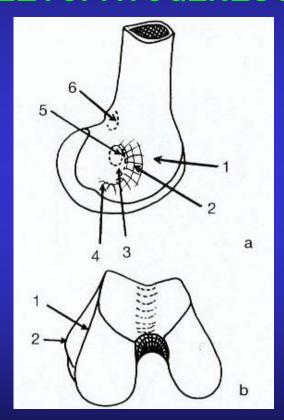
EZIOPATOGENESI

NEL MOVIMENTO STEREOTIPATO DELLA CORSA, INTORNO
Al 30° GRADI DI FLESSIONE DEL GINOCCHIO, LA
BENDELETTA SCORRE SULLA TUBEROSITA' DEL
CONDILO FEMORALE ESTERNO



SINDROME DELLA BENDELETTA ILEO-CIS **TIBIALE**

EZIOPATOGENESI

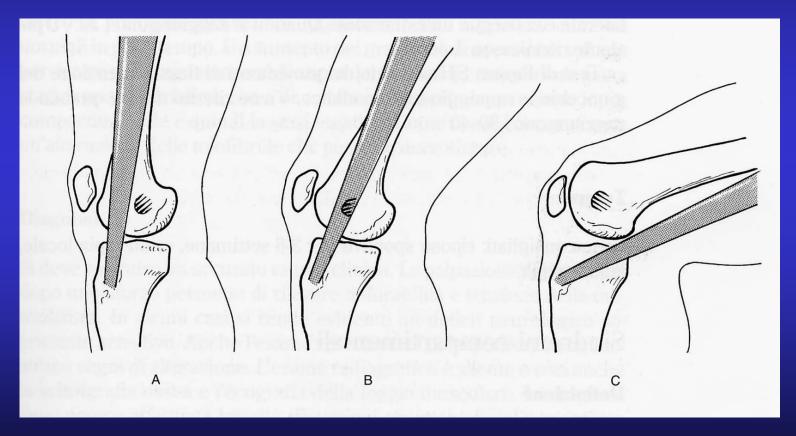


FACCIA LAT CONDILO ESTERNO 2. TUBEROSITA'



SINDROME DELLA BENDELETTA ILEO- 215 TIBIALE

EZIOPATOGENESI



(B) A CIRCA 30° GRADI DI FLESSIONE AVVIENE IL CONTATTO TRA BENDELETTA E TUBEROSITA' DEL CONDILO FEMORALE ESTERNO



SINDROME DELLA BENDELETTA ILEO-TIBIALE



EZIOPATOGENESI

IN ALCUNI CASI IL PASSAGGIO DELLA BENDELETTA
PUO' DIVENTARE DIFFICOLTOSO CON UN VERO E
PROPRIO SCATTO DEL TENDINE SULLA SALIENZA OSSEA

LA REITERAZIONE DE GESTO DETERMINA
INFIAMMAZIONE DEL TENDINE ED INSORGENZA DELLA
SINTOMATOLOGIA



SINDROME DELLA BENDELETTA ILEO-TIBIALE

EZIOPATOGENESI

ANCORA UNA VOLTA SONO CHIAMATI IN
CAUSA FATTORI INTRINSECI (VARISMO
DEL GINOCCHIO, MORFOLOGIA DEL
CONDILO FEMORALE LATERALE) E
FATTORI ESTRINSECI (TERRENI
D' ALLENAMENTO, CALZATURE)



SINDROME DELLA BENDELETTA ILEOTIBIALE CLINICA

COMPARSA OCCASIONALE DI DOLORE A
LIVELLO DELLA SUPERFICIE ESTERNA DEL
GINOCCHIO, ASSOCIATO A RUMORE O
SENSAZIONE DI SCHIOCCO

PROGRESSIVE ALTERAZIONI FIBROTICHE A
CARICO DEL TRATTO ILEO-TIBIALE



DOLORE ALLA DIGITO PRESSIONE DELLA BENDELETTA

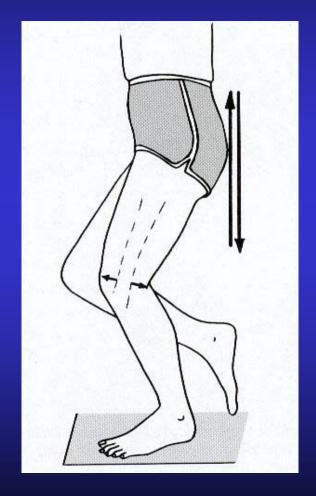
COMPARSA DELLO SCATTO AI 30° DI FLESSIONE

TEST SPECIFICI (NOBLE, RENNE)



SINDROME DELLA BENDELETTA ILEO-**TIBIALE**

TEST SPECIFICI



TEST DI RENNE



SINDROME DELLA BENDELETTA ILEO-CIS **TIBIALE**

TEST SPECIFICI



TEST DI NOBLE



SINDROME DELLA BENDELETTA ILEO-**TIBIALE**

TRATTAMENTO

RIPOSO SPORTIVO (FINO A 6 **SETTIMANE**)

CRIOTERAPIA

LASERTERAPIA





SINDROME COMPATIMENTALE



SINDROME COMPARTIMENTALE GENERALITA'



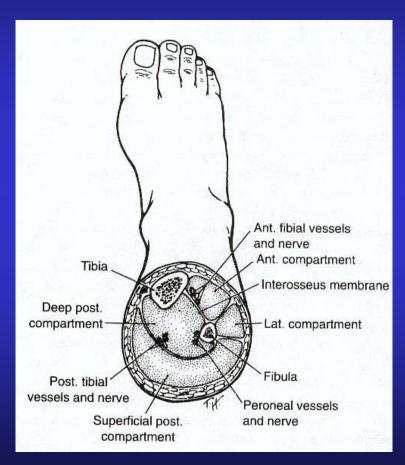
NE ESISTONO DUE FORME: UNA ACUTA, NON TIPICA
DELLO SPORTIVO, ED UNA CRONICA, TIPICA DI ATLETI
PRATICANTI DISCIPLINE SPORTIVE IL CUI GESTO
ESSENZIALE È RAPPRESENTATO DAI SALTI E DALLA
CORSA

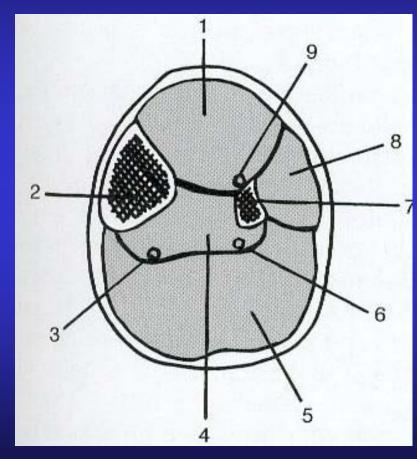
CARATTERIZZATA DA DOLORE ED OCCASIONALI PARESTESIE AGLI ARTI INFERIORI, A LIVELLO DELLA GAMBA, DURANTE UNO SFORZO INTENSO





SINDROME COMPARTIMENTALE GENERALITA'





SEZIONI A LIVELLO DEL 1/3 DISTALE DI GAMBA RAPPRESENTANTI LE DIVERSE LOGGE (COMPARTI)







LA SINDROME È LEGATA ALL' AUMENTO DI PRESSIONE IN UNA LOGGIA OSTEOAPONEUROTICA NON DISTENSIBILE CON CONSEGUENTE ISCHEMIA MM



SINDROME COMPARTIMENTALE EZIOPATOGENESI



DURANTE L'ATTIVITA' FISICA SI PRODUCE UN
AUMENTO DEL VOLUME MM; TROVANDOSI IL MM IN UN
COMPARTO INESTENSIBILE TALE AUMENTO PROVOCA UN
INCREMENTO DELLA PRESSIONE (COMPARTIMENTALE)
ALLA QUALE IL TESSUTO MM STESSO è SOTTOPOSTO.
L'ENTITA' E LA PERSISTENZA DI TALE
INCREMENTO SONO ALLA BASE DLLA SINTOMATOLOGIA
TIPICA DELLA SINDROME



SINDROME COMPARTIMENTALE CLINICA



DOLORE LOCALIZZATO SULLA SUPERFICIE ANTERO-LATERALE DELLA GAMBA DOPO UN CERTO PERIODO DALL' INIZIO DELL' ATTIVITA' FISICA

IN ALCUNI CASI SENSO DI PESANTEZZA O DI TENSIONE

IN OGNI CASO SCOMPARE CON IL RIPOSO



SINDROMI COMPARTIMENTALI DIAGNOSI



CLINICA: DOLORE e/o TENSIONE ALLA PALPAZIONE DELLA MM DELLA GAMBA DOPO UNO SFORZO

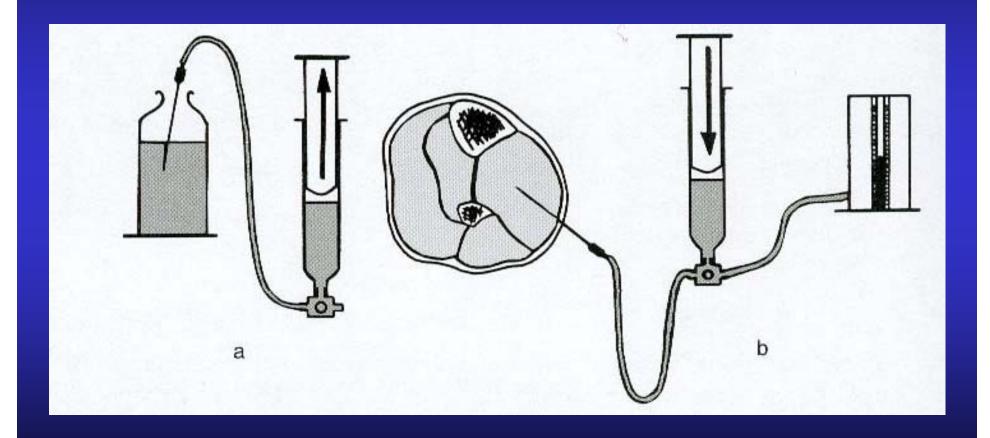
INEFFICACI GLI ESAMI STRUMENTALI

FONDAMENTALE LA RILEVAZIONE DELLA PRESSIONE INTRACOMPARTIMENTALE



SINDROME COMPARTIMENTALE DIAGNOSI





MISURAZIONE DELLA PRESSIONE INTRACOMPARTIMENTALE





SINDROME COMPARTIMENTALE TRATTAMENTO

CHIRURGICO: <u>FASCIOTOMIA</u>; è IN GRADO DI RISOLVERE COMPLETAMENTE LA SINTOMATOLOGIA

IN FASE INIZIALE E PRIMA DI DIAGNOSI CERTA UTILI RIPOSO, CRIOTERPIA E MASSOTERAPIA





SHIN SPLINTS



SHIN SPLINTS GENERALITA'



TERMINE UTILIZZATO PER INDICARE UN DOLORE A LIVELLO TIBIALE

E' UNA TENDINOPATIA CHE COLPISCE FREQUENTEMENTE I MEZZOFONDISTI NEL CORSO DELL' ATTIVITA' AGONISTICA



SHIN SPLINTS EZIOPATOGENESI

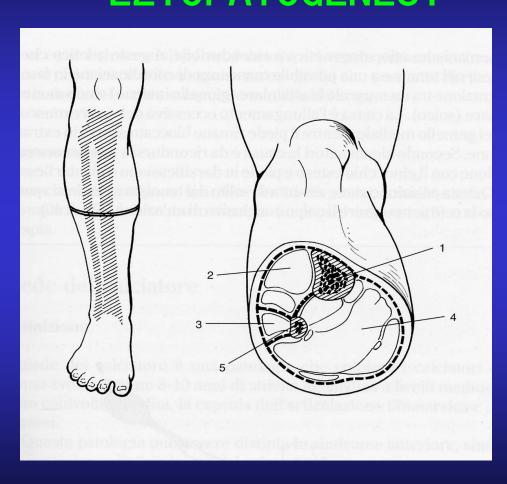


I MM DELLE LOGGE ANTERIORE E
POSTERIORE SI INSERISCONO SUL
PERIOSTIO DELLA CRESTA TIBIALE
ATTRAVERSO UN' APONEUROSI COMUNE
CHE CONTINUAMENTE SOLLECITATA IN
TRAZIONE DALLE DIVERSE CONRAZIONI
MM PUO' DETERMINARE
MICRODISTACCHI PERIOSTALI DALLA
CRESTA TIBIALE



SHIN SPLINTS EZIOPATOGENESI



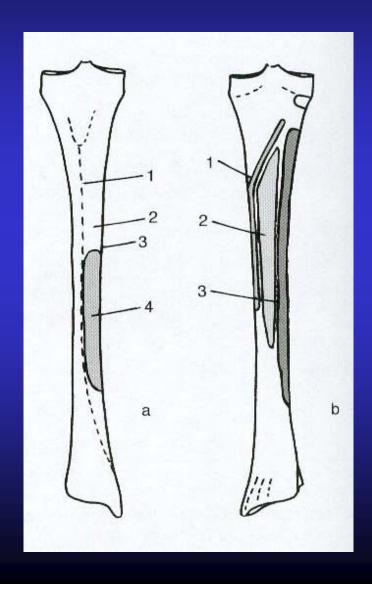


SEZIONE TRASVERSALE DELLA GAMBA CON RAPPRESENTAZIONE DELLE LOGGE E DEI MM IVI CONTENUTI



SHIN SPLINTS EZIOPATOGENESI





AREA DI PROIEZIONE DEL DOLORE NELLA PERIOSTITE(a.4), PARAGONATA ALLE INSERZIONI MM SULLA TIBIA:

b1. SOLEO

b2. FCD

b3. TIBIALE POSTERIORE







DOLORE ACUTO ALLA GAMBA IN PROSSIMITA' DELLA CRESTA TIBIALE, A LIVELLO DEL TERZO MEDIO O INFERIORE



SHIN SPLINTS DIAGNOSI



CLINICA

STRUMENTALE (SCINTIGRAFIA, RX)

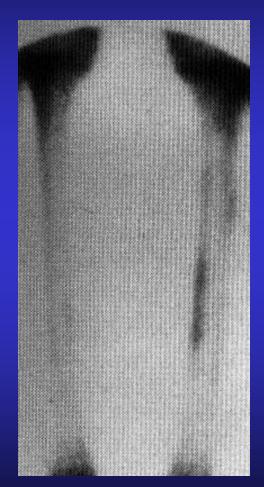


SHIN SPLINTS



DIAGNOSI





ASPETTO SCINTIGRAFICO DI IPERCAPTAZIONE IN CORSO DI SHIN SPLINT







RIPOSO (FINO A 3 MESI)
CRIOTERAPIA
FANS
LASERTERAPIA
STRETCHING





TENNIS LEG



TENNIS LEG GENERALITA'



TENDINOPATIA A CARICO DELL' INSERZIONE PROSSIMALE DEL GEMELLO MEDIALE

MOLTO FREQUENTE TRA I TENNISTI

TIPICA IN UN' ETA' COMPRESA TRA I 30 E I 50 AA



TENNIS LEG EZIOPATOGENESI



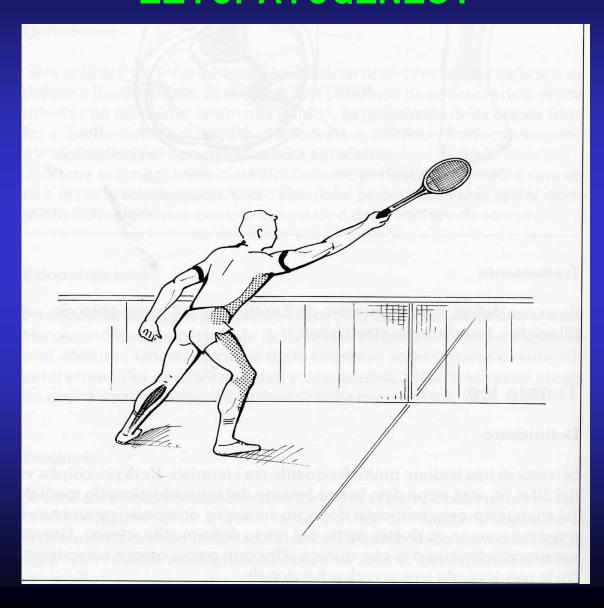
IN NUMEROSI GESTI ATLETICI CHE CARATTERIZZANO IL TENNIS IL GEMELLO MEDIALE è SOTTOPOSTO A VIOLENTE TRAZIONI

SECONDO NUMEROSI AUTORI LA CAUSA È UNA BRUSCA CONTRAZIONE DEL VENTRE MM CON IL GINOCCHIO ESTESO E PIEDE IN DORSIFLESSIONE O PLANTARFLESIONE



TENNIS LEG EZIOPATOGENESI

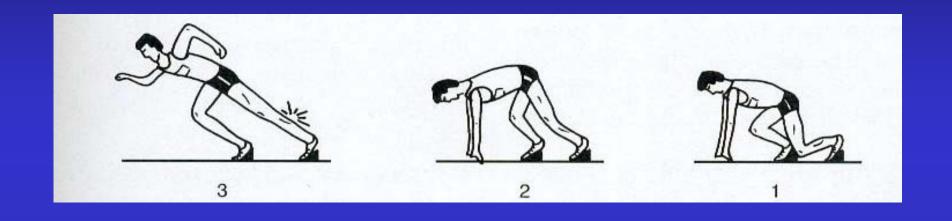












1. DORSIFLESSIONE MASSIMALE DELLA T-T 2.ESTENSIONE PROGRESSIVA DEL GINOCCHIO 3. ESTENSIONE BRUSCA DEL GINOCCHIO E SPINTA DEL PIEDE







CLINICA (ZOPPIA TIPICA)

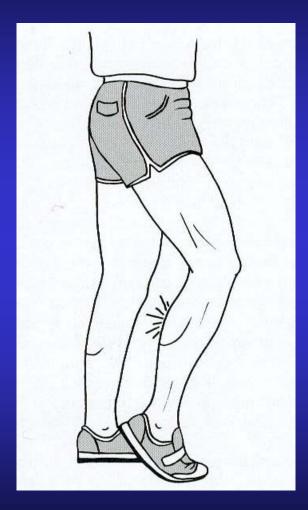
RICERCA DEL PUNTO DOLOROSO NEL VENTRE MM

ECOGRAFIA



TENNIS LEG DIAGNOSI





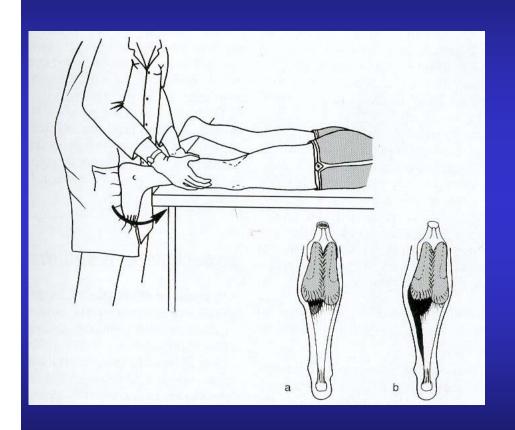
ZOPPIA CARATTERISTICA IN DISINSERZIONE DI GEMELLO MEDIALE

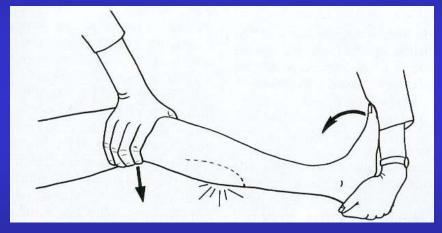


TENNIS LEG



DIAGNOSI





PALPAZIONE DEL VENTRE MM ALLA RICERCA DEL PUNTO DOLOROSO







RIPOSO SPORTIVO (CIRCA 20 GG), MIORILASSANTI, MASSOTERAPIA E STRETCHING







PIEDE DEL CALCIATORE GENERALITA'



PATOLOGIA CHE COINVOLGE
SOLITAMENTE CALCIATORI CON ALLE
SPALLE DIVERSI ANNI D' ATTIVITA'
AGONISTICA DI LIVELLO MEDIO-ALTO

COLPISCE TENDINI, CAPSULA
DELL' ARTICOLAZIONE T-T ED I CAPI
OSSEI





GENERAL ITA'





PIEDE DEL CALCIATORE GENERALITA'



SI DISTINGUONO 3 DIVERSE FORME:

- 1. SINDROME ANTERIORE
- 2. SINDROME POSTERIORE
- 3. SINDROME DEL PRIMO DITO



PIEDE DEL CALCIATORE SINDROME ANTERIORE



SOFFERENZA DELLA PORZIONE

ANTERIORE DELLA CAPSULA ARTICOLARE

E DEL MUSCOLO TIBIALE ANTERIORE IN

CORRISPONDENZA DELLA SUA

INSERZIONE DISTALE, CONSEGUENTE

ALL' URTO CHE AVVIENE TRA QUESTE

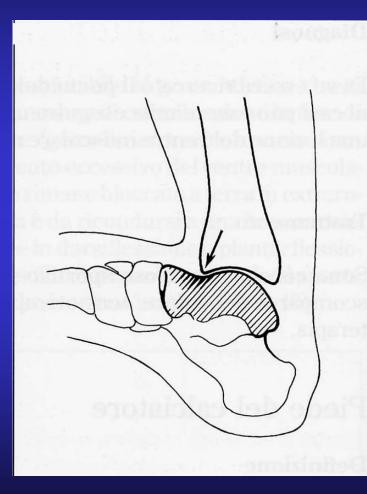
STRUTTURE QUANDO IL PIEDE SI TROVA

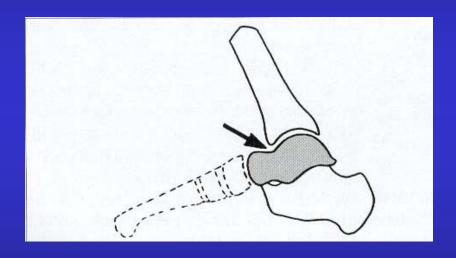
IN FLESSIONE DORSALE





SINDROME ANTERIORE





COLLISIONE TRA COLLO ASTRAGALICO E MARGINE ANTERIORE DELLA TIBIA DURANTE LA DORSIFLESSIONE





SINDROME ANTERIORE



DISTACCO OSSEO DEL BORDO INFERIORE DELLA TIBIA LEGATO LEGATO AI CONTINUI URTI TRA TIBIA ED ASTRAGALO





PIEDE DEL CALCIATORE SINDROME ANTERIORE



OSTEOFITA ESTREMITA' DISTALE ANTERIORE DI TIBIA (ARTROSI T-T)





PIEDE DEL CALCIATORE SINDROME POSTERIORE

LEGATA ALL' URTO CHE AVVIENE
TRA TIBIA ED ASTRAGALO, NELLA
POSIZIONE DEL PIEDE IN
FLESSIONE PLANTARE DURANTE
L' ATTO DEL CALCIARE



PIEDE DEL CALCIATORE SINDROME DEL 1° DITO



LEGATA AI NUMEROSI
MICROTRAUMATISMI CONSEGUENTI
AL CONTATTO TRA IL PALLONE E
L'ALLUCE



PIEDE DEL CALCIATORE DIAGNOSI



ESAME OBIETTIVO (LOCALIZZAZIONE DEL DOLORE E CONTROLLO ARTICOLARITA')

RX (EVENTUALI SOFFERENZE OSSEE)



PIEDE DEL CALCIATORE TRATTAMENTO



IMPORTANTE LA PREVENZIONE DAL MOMENTO CHE LA MANIFESTAZION CLINICA è SEGNO DI UN STADIO GIA' AVANZATO DIFFICILMENTE GUARIBILE