La malattia di Osgood-Schlatter, o osteocondrosi dell'apofisi tibiale anteriore o entesite rotulea, è una patologia infiammatorio-degenerativa a carico della cartilagine di accrescimento.

Cos'è il morbo di Osgood-Schlatter?

E' una patologia tipica dell'età adolescenziale e pre-adolescenziale, colpisce prevalentemente i maschi che praticano regolarmente attività fisica, con una frequenza maschi/femmine di circa 3 a 1 (M:F=3:1). Non tutti gli sport determinano le stesse sollecitazioni meccaniche a carico del ginocchio pertanto non sono tutti ugualmente coinvolti nella genesi della sindrome di Osgood-Schlatter, quelli maggiormente responsabili sono i cosiddetti "sport dei saltatori" quindi il basket, la pallavolo, l'atletica leggera e il calcio ma anche la danza e il pattinaggio. Per quanto riguarda l'età di insorgenza nei maschi siamo intorno agli 11-15 anni mentre nelle femmine 8-13 per via di un più precoce processo di ossificazione dell'apofisi tibiale.

Come già accennato, alla base del morbo di Osgood-Schlatter vi è un processo infiammatorio dovuto alle sollecitazioni ripetute del tendine rotuleo sulla sua sede di inserzione a livello dell'apofisi tibiale anteriore (che è il nucleo di accrescimento della tuberosità tibiale) nel movimento ripetuto di contrazione del muscolo quadricipite. Queste contrazioni ripetute determinano delle "microfratture" a carico della cartilagine articolare responsabili appunto dell'infiammazione. Nella maggior parte dei casi la sindrome è monolaterale (perché, in pratica, l'appoggio dopo il salto tende ad avvenire sempre sullo stesso arto), solo in un terzo dei casi è bilaterale.

Sintomi della sindrome di Osgood-Schlatter

Il sintomo cardine della Malattia di Osgood-Schlatter è, senza dubbio, il dolore che è localizzato solitamente a livello del terzo inferiore del tendine rotuleo, proprio nelle sede di inserzione del tendine sul tubercolo o tuberosità tibiale (che è in pratica la sporgenza che sentiamo subito sotto la rotula). Il dolore di solito è ben localizzato ma, a volte, può irradiarsi

anche alla rotula o alla tibia; è un dolore spontaneo ad insorgenza graduale che aumenta alla pressione o durante l'attività fisica. Quasi sempre al dolore si associa un altro sintomo caratteristico e cioè il gonfiore, il ginocchio quindi appare tumefatto e molto spesso è anche più caldo alla palpazione.

Questi sintomi si associano, quasi sempre, a limitazione funzionale cioè il bambino non riesce a praticare attività fisica con la solita intensità e ha bisogno di riposarsi molto più spesso; nei casi più gravi l'attività fisica risulta praticamente impossibile.

Tra le complicanze della malattia di Osgood-Schlatter abbiamo l'accentuazione della tuberosità tibiale che in pratica diventa più sporgente ma che solitamente non dà sintomi, la produzione di calcificazioni intratendinee che in età adulta potrebbero essere responsabili di patologie infiammatorie croniche o, in casi per fortuna molto rari, l'avulsione cioè il distacco della tuberosità tibiale.

Diagnosi

La diagnosi è solitamente clinica, in pratica al medico basterà raccogliere l'anamnesi, cioè tutte le informazioni relative alle caratteristiche del dolore (intensità, durata, frequenza, a riposo o dopo sforzo, ecc), e procedere alla visita.

Nei casi in cui questo non risultasse sufficiente si procede con l'esecuzione di una radiografia del ginocchio che, nella maggior parte dei casi (specie se il dolore è di recente insorgenza) è normale; nei casi più avanzati invece l'esame radiografico mostrerà una tuberosità tibiale irregolare e dall'aspetto frammentato. Molto spesso, anche nelle forme monolaterali, la radiografia viene fatta ad entrambe le ginocchia per avere un confronto diretto con il ginocchio sano e l'immagine non patologica della tuberosità tibiale controlaterale.

La cosa più importante, specie nei casi dubbi, è la diagnosi differenziale con altri quadri patologici più gravi che possono dare sintomi simili (come l'osteomielite, l'artrite della

malattia reumatica o le patologie tumorali) per la quale possono rendersi necessari esami strumentali più approfonditi come la Tomografia Computerizzata (TC) o la Risonanza Magnetica (RM) o esami di laboratorio (emocromo, VES, PCR).

Terapia della sindrome di Osgood Schlatter

La terapia è esclusivamente sintomatica ed è volta all'eliminazione del dolore; molto spesso, soprattutto in fase iniziale, il riposo funzionale e l'astensione dall'attività fisica intensa sono sufficienti alla completa risoluzione della sintomatologia algica.

Nelle prime 24/48 ore è indicata anche la crioterapia cioè l'apposizione di ghiaccio, nei casi resistenti si ricorre poi all'uso di paracetamolo o di FANS (antinfiammatori non steroidei come l'ibuprofene).

C'è anche chi consiglia l'immobilizzazione del ginocchio o con apposite ginocchiere o con docce gessate sempre al fine di mantenere immobilizzata l'articolazione però è una terapia da riservare ai casi più ostinati. Efficace sembra essere anche la magnetoterapia o la terapia con ultrasuoni ma al momento il giudizio a riguardo non è ancora unanime.

Sicuramente utilissimi, ai fini di un recupero più rapido, sono gli esercizi di allungamento muscolare cioè di stretching che hanno anche azione decontratturante sul muscolo quadricipite che vanno associati a un programma di rieducazione motoria specifico. In questa fase sarà, inoltre, di sicuro giovamento praticare sport atraumatici come il nuoto (fatta eccezione per lo stile rana).

Sindrome di Osgood-Schlatter: cosa avviene in età adulta

La malattia di Osgood-Schlatter ha solitamente decorso benigno, se adeguatamente riconosciuta e trattata, va incontro a risoluzione una volta terminato il processo di

accrescimento (solitamente dopo circa due anni dall'insorgenza) e non predispone all'insorgenza di altre problematiche a carico dell'articolazione del ginocchio.

Se invece viene trascurata si possono avere delle ripercussioni anche nell'età adulta tra cui le più temibili sono l'avulsione oppure la frammentazione della tuberosità tibiale, condizioni queste, che richiedono un trattamento chirurgico specifico perché, in caso di avulsione la tuberosità tibiale dovrà essere "risaldata" nuovamente all'osso mentre nell'altro caso i frammenti dovranno essere asportati perché potrebbero andare incontro a calcificazioni con conseguente alterazione della struttura del tendine rotuleo.

Fonti:

Trattato di ortopedia pediatrica – *Canepa, Stella*

Therapeutic interventions in children and adolescents with patellar tendon related pain: a systematic review – Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences (NDORMS), Botnar Research Centre, University of Oxford, Oxford, UK, Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, Oxford, UK.