



La radicolite, le dissimmetrie e la protesi di ginocchio

Morena Ottaviani

C.M.R. Centro Medico Riabilitativo - Casarza Ligure (GE)

Si presenta in visita una donna di 57 anni, con un'anamnesi sostanzialmente silente, ad eccezione di un intervento per sostituzione protesica del ginocchio destro nel 2016 e successiva revisione chirurgica dopo un anno; lamenta una persistente gonalgia destra, refrattaria alla terapia farmacologica ed alla terapia del dolore. La paziente produce numerosi accertamenti prescritti dal proprio Medico di Medicina Generale e dall'equipe specialista Ortopedica che ha effettuato gli interventi chirurgici: tutti gli accertamenti escludono il sospetto di una mobilizzazione della protesi, pertanto la paziente viene avviata al centro di terapia del dolore di riferimento. Inizia ad assumere farmaci antidepressivi ed oppiacei, ma il beneficio sperato non si manifesta. Viene pertanto alla mia osservazione, per la prima volta nello studio di uno specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione.

La signora è visibilmente obesa e deambula mostrando una evidente zoppia di caduta sull'arto portatore della protesi di ginocchio. Dopo aver ascoltato i dati anamnestici, indago il suo dolore che, da come viene descritto e data la sua localizzazione (*“si presenta al ginocchio, ma poi scende lungo la gamba fino al piede e risale lungo la coscia fino all'inguine”*), presenta localizzazione metamERICA e caratteristiche neuropatiche. La faccio accomodare sul lettino e inizio la valutazione. Le coxo-femorali sono libere con articolarietà completa, ma la flessione in rotazione dell'anca destra provoca dolore a livello LS omolaterale. Al ginocchio destro si evidenzia una articolarietà pressoché completa, non c'è segno di versamento articolare e la rotula è mobile; inoltre non sono evidenti segni di instabilità articolare. L'arto inferiore destro tuttavia è palesemente più corto del sinistro e, misurando i due arti considerando la spina iliaca antero-superiore ed il malleolo peroneale, la dissimmetria corrisponde a 2 centimetri. Proseguendo la valutazione, emergono i segni clinici di una sofferenza radicolare subacuta verosimilmente della radice di L4-L5 a destra: positività dei segni di Valleix a destra e dello “Straight Test Release”, riflessi osteotendinei profondi più deboli a dx, dubbia positività del test di Lasègue. La colonna lombo-sacrale dimostra una ridotta mobilità nella sua complessità, con contratture diffuse ai muscoli paravertebrali, dolenti alla palpazione. Chiedo alla Signora se ha mai avuto problemi alla colonna lombo-sacrale, e lei mi racconta una storia di lombalgie ricorrenti, mai trattate e sempre sottostimate rispetto al problema a carico della protesi di ginocchio.

Prescrivo immediatamente un rialzo di 1,5 centimetri da aggiungere alla scarpa destra, un esame radiografico della colonna (dal quale emerge un quadro di spondilosi con discopatie serrate tra L4 ed L5 e tra L5 ed S1) ed elaboro quindi un PRI per un quadro di radicolopatia L4-L5 destra.

Lungi da chiunque il supporre che il dolore alla base della decisione di posizionare una protesi al ginocchio in realtà avesse un'etiologia diversa dalla gonartrosi rilevata; tuttavia, di sicuro il quadro clinico progressivamente ingravescente che la paziente stava trascinando da almeno un

paio di anni può benissimo essere ricondotto alla zoppia di caduta che ha spalancato le porte alla radicolopatia, sicuramente coadiuvata dell'obesità presente.

La paziente ha eseguito quanto prescritto e la sintomatologia si è progressivamente attenuata. Adesso dovrà provvedere a rialzare tutte le sue calzature e, magari, in conseguenza del nuovo benessere acquisito, riuscirà ad impegnarsi nel perdere qualcuno dei chili in eccesso.

La reale importanza di questo caso clinico sta nel considerare che la persona che ci troviamo di fronte nelle vesti di paziente non è un singolo segmento anatomico ma è un corpo umano nella sua interezza e quindi per tale va considerato e, se è il caso (ma lo è sempre), visitato. Inoltre, mentre è fondamentale ascoltare il paziente e farci descrivere il suo sintomo nei dettagli, è altrettanto errato seguire le indicazioni “tecniche” che ci fornisce l'assistito: un dolore “al ginocchio”, magari è idealizzato in quel punto proprio per tutte le traversie che il ginocchio ha subito nella sua storia clinica, mentre in realtà si estende ad altri distretti. Il più tipico esempio di “malinteso diagnostico” si ha nel caso in cui il paziente afferma di avere dolore alla spalla ma, quando gli si chiede di toccare la zona dolorosa, in realtà indica il trapezio: alla fine emerge clinicamente che non si tratta di una spalla dolorosa, ma di una cervicalgia, solo che nel frattempo è stata eseguita una ecografia di spalla anziché un esame radiografico della colonna cervicale. Ricordiamoci sempre che siamo noi i Medici e, proprio per questo motivo, dobbiamo visitare il nostro paziente per toccare con mano la sua disabilità e cercare di porvi rimedio nel miglior modo possibile.