

IL TRATTAMENTO DEL GINOCCHIO VARO E VALGO IN POSTUROLOGIA

Negli articoli precedenti abbiamo affrontato le protrusioni discali e la coxoartrosi con una visione ed un approccio che vuole essere quanto più possibile "globale".

Tratteremo adesso, sempre con lo stesso taglio, due tra le patologie più classiche che interessano il ginocchio: il *valgismo* ed il *varismo*. Analizziamo che cosa significano queste due definizioni: con "**ginocchio valgo**" si intende un'accentuazione patologica delle modificazioni morfologiche che avvengono durante l'accrescimento. Il valgismo viene considerato patologico quando l'angolo aperto all'esterno, formato dall'asse della coscia con quello della gamba, si riduce al di sotto dei 160°. L'entità della variazione angolare è importante per poter giudicare se essa rientri o no nel limite fisiologico o patologico.

La rilevazione della deviazione può essere fatta con molta semplicità, misurando con un centimetro la distanza tra i due malleoli mediali mentre il soggetto tiene le ginocchia unite.

Nel soggetto idealmente normale, i malleoli sono in leggero contatto, esattamente come i condili femorali. Nel caso di valgismo patologico, al particolare difetto estetico caratterizzato dalle cosiddette gambe a X si associa il disturbo funzionale. L'eziopatogenesi, cioè lo sviluppo delle cause della patologia, è imputabile a fenomeni ereditari, alla diminuzione del tono-trofismo muscolare, al marcato sovrappeso e a difetti statici. Durante l'infanzia si verifica di frequente l'associazione tra piattismo del piede e valgismo del ginocchio.

Il "**ginocchio varo**" indica la deviazione opposta al valgismo, quella in cui le ginocchia assumono una forma a "parentesi". Esiste una differenza sostanziale tra le due problematiche: mentre nel valgismo il difetto di allineamento ha sede articolare, il varismo quasi sempre interessa le diafisi femorale e tibiale. È importante ricordare che il neonato presenta sempre un varismo più o meno accentuato delle ginocchia, che persiste anche quando il bambino comincia a camminare.

Se in questo periodo intervengono alterazioni dello sviluppo osseo di tipo rachitico, il varismo tende a stabilizzarsi e ad aggravarsi, per un diverso sviluppo del condilo femorale laterale rispetto al mediale. In questa fase i disturbi dell'osteogenesi appena accennati si possono complicare per alterazioni di carico, a loro volta indotte dal cattivo allineamento delle ginocchia. Normalmente si interviene su queste patologie ricorrendo a cinesiterapia, plantari, esercizi di propriocettività, fino ad arrivare alla chirurgia per i casi più gravi.

I muscoli interessati

Ecco i muscoli che interessano il ginocchio in senso più ampio:

Coscia anteriore: Sartorio, Quadricipite;

Coscia mediale: Adduttori;

Coscia posteriore: Bicipite femorale, Semitendinoso, Semimembranoso

Coscia laterale: Tensore della fascia lata

Gamba anteriore: Tibiale anteriore

Gamba laterale: Peronieri, Estensori delle dita

Gamba posteriore: Tricipite surale, Tibiale posteriore, Flessori delle dita.

APPROCCIO GLOBALE

Con approccio "globale" si intende - dal punto di vista dell'operatore - un preciso atteggiamento di osservazione del paziente ed un modo diverso di considerare la "patologia".

In quest'ottica, ginocchio varo e valgo (come d'altronde la maggior parte delle patologie muscolo-articolari) vengono considerati "effetto" di una "causa", che non risulta rintracciabile in quella stessa sede in cui si verifica la patologia.

Ad esempio, se osserviamo il varismo di un calciatore professionista, potremmo pensare che la sede della patologia risieda nel ginocchio stesso e che ormai tale varismo, data l'età del soggetto, sia diventato ormai irreversibile. Ma non è affatto così!

Innanzitutto va segnalato che il processo del suo varismo è probabilmente iniziato agli albori della carriera calcistica, ed è andato progressivamente peggiorando per

effetto delle continue sollecitazioni su vari muscoli. Non ci riferiamo però ai muscoli relativi alle articolazioni in causa, ma a muscoli che, pur potendo agire sulle ginocchia, appartengono a distretti lontani. Intendiamo dunque le "catene muscolari", che collegano l'intero corpo. Nel caso specifico del calciatore la principale responsabile del varismo è quella "posteriore". Naturalmente la nostra affermazione risulta incompleta, dal momento che molti altri fattori possono concorrere alle retrazioni delle catene muscolari stesse: problemi visivi, di malocclusione, dell'ATM, problemi derivanti da una posizione scorretta della lingua o da un diaframma retratto, etc.

Nella norma, le catene muscolari diventano corte per effetto delle retrazioni muscolari, a loro volta causate da traumi, stress, ipercinesia, posture scorrette, atteggiamenti antalgici, etc.

Ci rendiamo conto, a questo punto, che nella formazione di una patologia possono interagire davvero molte concause. Questa è la ragione fondamentale per cui un intervento terapeutico e posturologico dovrebbe sempre, in primo luogo, prendere in considerazione ed individuare tutti i vari fattori, e una volta identificata la causa scatenante della patologia, agire di conseguenza su di essa.

Che cosa si può fare a livello terapeutico o posturologico?

Vi invitiamo a prendere in considerazione alcuni esercizi sotto proposti, che agiscono sulle catene muscolari attraverso "l'allungamento muscolare globale decompensato" con Pancafit®.

Parliamo di **allungamento muscolare** perché i muscoli nella loro vita tendono a retrarsi, a divenire più corti, ipotrofici ma ipertonici. Parliamo di **globale** perché tutti i muscoli sono collegati, uno ad uno, sino a formare delle vere e proprie catene muscolari, fasciali e connettivali. Per questo non risulta esaustivo allungare i soli muscoli interessati direttamente al trauma, dal momento che si tratta di un'azione limitata e insufficiente. Parliamo di **decompensato** perché ogni volta che si cerca di allungare

un muscolo in un settore del corpo, ecco che il corpo - che non è disposto a lasciarsi allungare, pena dolore o disagio scatenati dalla deformazione del tessuto connettivo - riesce a compensare attraverso le catene muscolari, cioè a creare dei sistemi di "prestito" di lunghezza muscolare a vantaggio di alcune zone e a discapito di altre.

L'aspetto rivoluzionario di Pancafit®, che costituisce anche la ragione per cui la utilizziamo, sta nel fatto che nella sua semplicità ci permette di ridurre o eliminare i compensi: infatti tutte le catene muscolari - quando si è distesi su Pancafit® - sono dolcemente costrette ad allungarsi. Inoltre, avvalendosi di alcuni accessori, con Pancafit® si ottiene lo stesso tipo di risultato che verrebbe prodotto dal lavoro di 2/3 terapeuti impegnati in contemporanea sullo stesso paziente.

Osserviamo insieme qualche immagine che ci illustra il caso di un ragazzino di 10 anni, affetto da un discreto valgismo e recurvatum delle ginocchia (Fig. 1).



Luca, 10 anni, da sempre presenta un notevole valgismo alle ginocchia, accompagnato anche da recurvatum delle stesse: misurando lo spazio da tallone a tallone si conteggiano 27 cm.

Procediamo con alcune sedute su Pancafit®, con l'obiettivo - come anticipato - di recuperare quanto più possibile un corretto assetto posturale generale. Come mostra la Figura 2, si ricerca una posizione della panca che permetta di far assumere un



angolo di lavoro all'articolazione coxofemorale, tale da mettere in leggera tensione la catena posteriore. Dopo questo primo passo, si insegna al paziente come recuperare una respirazione atta a "liberare" le tensioni dei pilastri del diaframma, così da ricreare una reazione da allungamento al dorso e alla zona lombare.

Successivamente a questo approccio, si posiziona un cuscinetto specifico sotto le ginocchia, affinché queste non "sfuggano" alle tensioni che cerchiamo di far emergere. Inoltre, si inserisce uno spessore - nel nostro caso una coppia di palline fuse fra di loro - tale da creare una sagoma che non permetta la intra o la extrarotazione delle ginocchia per meccanismo antalgico.

Infine i piedi vengono uniti, nella misura in cui risulta possibile rispettando le tensioni che inevitabilmente si manifestano, e mantenuti in asse rispetto alle rotule, se possibile in talo.

Questa posizione deve essere mantenuta per un tempo sufficientemente lungo, gestendo le tensioni che si creano: se esse aumentano, si può allentare la stretta delle tibie oppure si può aprire di alcuni gradi Pancafit®; se esse diminuiscono, allora si avvicinano ancora un poco le due tibie tra loro e si fissano in tale posizione con fasce dotate di velcro.

Ad ogni seduta si possono verificare reazioni diverse, dai vari decorsi e dalle differenti manifestazioni, tuttavia tutte queste tensioni si muovono verso il punto che è stato causa della problematica trattata in quel momento. Ogni tensione, dolore o ricordo che emerge, deve venir gestito dal terapeuta come da protocollo metodologico. I casi di

ginocchio valgo vengono trattati sulla base degli stessi principi.

I risultati possono venire misurati concretamente con il metro, di seduta in seduta.

Nel caso di Andrea, sopra trattato, dopo cinque sedute di circa 30 minuti l'una, si è osservata una riduzione della distanza fra piede e piede dai 27 cm iniziali a 13 cm, ed il recurvatum è quasi completamente sparito (Fig. 3).



Utilizzando questo metodo si ottengono risultati davvero interessanti ed ogni seduta è ricca di reazioni, tensioni nuove, ricordi di traumi, storie di emozioni negative... cioè di tutte quelle situazioni che nella vita concorrono a far retrarre i muscoli delle catene, con conseguente innescamento delle patologie muscoloarticolari.

Prof. Daniele Raggi, Posturologo, Docente c/o Master in Posturologia "La Sapienza", Roma.

Ing. Luca Benedetti, laureato in Bioingegneria.

**Per informazioni sull'approccio terapeutico Pancafit e sui relativi corsi di formazione professionale, rivolgersi a: Studio Sport 2000 - via Cuzzi 2 - 20155 Milano
Telefono 02-39257427 - Fax 02-39200420 - ufficiostampa@studiosport.it - www.studiosport.it**