

FASCITE PLANTARE

- CHE COS'È
- VALUTAZIONE
- STRATEGIE TERAPEUTICHE
 - ESERCIZIO TERAPEUTICO
 - TERAPIA MANUALE
- VOCE AL PROFESSIONISTA



CHE COS'È

Si definisce *plantar fasciopathy* una sindrome degenerativa della fascia plantare dovuta a ripetuti microtraumi nella sua origine, a livello della tuberosità calcaneare⁽¹⁾.

La fascite plantare interessa sia la popolazione sedentaria, sia quella attiva, in particolare le donne e i giovani runners. I più importanti **fattori di rischio** sono il sovrappeso, una stazione eretta o il cammino prolungati, associati a fattori anatomici e/o funzionali⁽²⁾.

L'**esordio** è insidioso, all'inizio di un movimento (tipicamente al mattino) e tende a migliorare camminando, ripresentandosi poi con il protrarsi dell'attività in carico. Anche camminare scalzi o su superfici rigide causa un incremento del dolore.

1. ROXAS M. Plantar fascitis: diagnosis and therapeutic considerations. *Altern Med Rev* 2005.
2. COLE C, SETO C, GAZEWOOD J. Plantar fascitis: evidence-based. Review of diagnosis and therapy. *Am Fam Physician* 2005.

VALUTAZIONE

Per una corretta valutazione, è necessaria una dettagliata raccolta anamnestica. Spesso, il paziente fornisce informazioni riguardo un dolore al tallone che esordisce dopo un periodo di riposo e si riacutizza a fine giornata e/o dopo una prolungata attività in carico. L'esordio è prevalentemente insidioso, per cui occorre che il terapeuta chieda notizie riguardo l'attività lavorativa e le attività sportive del paziente, oltre ai parametri anatomici e funzionali⁽³⁾.

Il **dolore** è ben localizzato nella regione plantare, e viene riferito come acuto e penetrante; si aggrava, come già detto, al mattino e con le attività, mentre si attenua col riposo.

All' **esame obiettivo**, il terapeuta deve valutare la mobilità attiva e passiva della caviglia, la dolorabilità a livello dell' inserzione prossimale della fascia plantare e due test specifici:

- *Windlass test*: paziente in piedi, il terapeuta fissa l'avampiede con una mano e con l'altra dorsiflette il primo dito; questo test provoca allungamento e stress della fascia plantare e la comparsa del sintomo dolore alla sua esecuzione è indice di una fascia plantare sofferente.



- *Dorsiflexion-eversion test*: paziente supino, il terapeuta con una mano stabilizza la caviglia, con l'altra effettua un movimento combinato di dorsiflessione ed eversione, mantenuta per 5-10 secondi; questo test provoca dolore laddove ci sia la presenza di una sindrome del tunnel tarsale, per cui, dove vi è una corretta diagnosi di fascite plantare, questo test risulterà negativo⁽⁴⁾.

3. MARTIN RL, DAVENPORT TE, REISCHL SF. Heel pain-plantar fascitis: revision 2014. JOSPT 2014.
4. MC POIL TG, MARTIN R, CORNWALL MW. Heel pain-plantar fascitis: clinical practice guidelines linked to the international classification of function, disability, and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. JOSPT 2008.

STRATEGIE TERAPEUTICHE

La forza a cui è sottoposta la fascia plantare nel cammino, alla fine della fase d'appoggio, è vicina al 100% del peso corporeo. Inoltre, per accettare il carico e trasmettere la forza di spinta al suolo mesopiede e avampiede devono diventare stabili. Ciò è reso possibile dal sollevamento dell'arco mediale: la fascia plantare viene messa in tensione durante l'estensione delle articolazioni delle dita, stabilizzando l'arco plantare mediale. Gli strumenti del fisioterapeuta per riabilitare il paziente con fascite plantare sono essenzialmente due: l'esercizio terapeutico e la terapia manuale⁽⁵⁾.

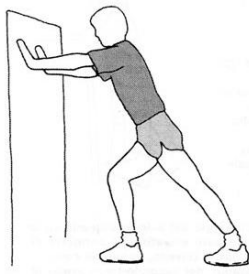
ESERCIZIO TERAPEUTICO

Il **training con alti carichi** ha mostrato buoni risultati sia nel trattamento dei disturbi degenerativi tendinei, sia delle fasciti. L'esercizio ad alto carico, infatti, favorisce la sintesi di collagene (di cui la fascia è ricca) e la corretta disposizione delle fibre del tessuto.

Anche lo **stretching** è altamente raccomandato, poiché aumenta la flessibilità del tricipite surale e della fascia stessa, migliorando i sintomi. Laddove ci siano alterazioni strutturali e/o funzionali degli arti inferiori, viene raccomandato il **rinforzo** dei muscoli rotatori dell'anca.

Fondamentale è l'esercizio ripetuto a domicilio, eccone degli esempi pratici:

- *Unilateral heel raises*: paziente su uno scalino, con un asciugamano arrotolato sotto le dita (cosicché siano estese) e il tallone fuori dal gradino; in un primo momento sollevare il tallone, poi scendere lentamente in modo da portare il tallone il più basso possibile rispetto al gradino.
- *Stretching e automobilizzazione della fascia plantare*: paziente seduto, con la caviglia dolente sul ginocchio controlaterale; con una mano prendersi le dita e portare il piede in completa dorsiflessione, mentre con l'altra mano mobilizzare con una pressione sempre più profonda la fascia, nelle zone dolenti.



- *Stretching del tricipite surale*: paziente in piedi, mani al muro; la gamba affetta da fascite indietro rispetto alla sana, con un asciugamano sotto le dita ad estenderle. Mantenendo il ginocchio della gamba affetta esteso e senza staccare mai il tallone da terra, portare il peso del corpo sulla gamba davanti, fino a sentire l'allungamento della muscolatura del polpaccio, e mantenere la posizione per 30 secondi⁽⁶⁾.

TERAPIA MANUALE

La terapia manuale nella gestione di questo quadro clinico comprende tecniche di mobilizzazione e manipolazioni, sia articolari, sia del tessuto molle, e di neurodinamica.

Le **tecniche di mobilizzazione** articolare sono caratterizzate da oscillazioni ritmiche di piccola e larga ampiezza, utili per aumentare l'estensibilità del tessuto molle ed incrementare il movimento dell'articolazione stessa, modulare il dolore, ridurre l'edema e migliorare le funzionalità del piede.

Possono essere eseguite tecniche di *trazione* dell'articolazione astragalica lungo l'asse della gamba per controllare il dolore e incrementare la mobilità generale in inversione ed eversione del piede, oppure manovre di *glide* posteriore dell'astragalo per aumentare la flessione dorsale del piede, di glide laterale della sottoastragalica per aumentare l'inversione del piede e di glide dorso-plantare della I articolazione tarso-metatarsale⁽⁷⁾.



5. RATHLEFF MS, MØLGAARD CM, FREDBERG U. High-loaded strenght training improves outcome in patients with plantar fasciitis: a randomized controlled trial with 12-month follow-up. Scand J Med Sci Sports 2015.
6. KAMONSEKI DH, GONÇALVES GA, YI LC. Effect of stretching with and without muscle strengthening exercise for the foot and hip in patients with plantar fasciitis: a randomized controlled single-blind clinical trial. Man Ther 2016.
7. EDMOND SL. Joint mobilization/manipulation: extremity and spinal techniques. Piladelphia: Mosby 2006.

VOCE AL PROFESSIONISTA

La fascite plantare è il classico disturbo che la gente ignora fino a quando rimane incapace di compiere le più semplici azioni quotidiane, in questo caso specialmente diventano difficoltosi i primi passi la mattina, e solo allora si rivolge ad uno specialista. Come professionista, vorrei incitare i miei lettori a non aspettare, a non trascurare i segni che il corpo ci invia, perché tanto più procrastiniamo, tanto più lento e difficile sarà il recupero. Non abbiate paura dunque di correre ai ripari, perché la salute viene prima di tutto!

Dott.ssa Perlo Elisa