

Passione Stoccata

Gigi Tarantino

Re del Luxardo

27

MAGGIO
GIUGNO
2009

Euro 6,50

Anno 4 n° 27

Tariffa R.O.C.
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione
in abbonamento
postale
D.L. 353/2003
conv. in L. 27/02/2004 n° 46
art. 1, comma 1,
CNCS/CEPA
contro 1 - Portogà



Rimini:
2500 al GPG
da pagina 6



Tivoli: i cent'anni
della Fis
da pagina 16



Scherma Storica:
Le lame da spada
da pagina 62

Uguale
di
Ogusto

a pagina 52
UO: la nuova disciplina



■ Patologia della cuffia dei rotatori

La spalla è l'articolazione del corpo umano dotata del maggior arco di movimento. Di contro però questa estrema mobilità rende tale articolazione la più instabile del corpo, per il minimo contenimento dovuto alla conformazione dei capi articolari. La stabilità della spalla dipende da una complessa interazione tra i muscoli della cuffia dei rotatori, la capsula ed i legamenti. Per cuffia dei rotatori si intende l'insieme dei muscoli ruotatori della spalla (sottoscapolare, soprascapolare, sottospinoso e piccolo rotondo) che, confluendo sulla testa dell'omero, la circondano proprio come una cuffia, fondendosi a loro volta con la capsula articolare (Fig. 1). I tendini della cuffia scorrono in uno spazio delimitato inferiormente dalla testa omerale e superiormente dall'arco rigido formato dall'acromion, dal legamento coraco-acromiale dal processo coracoideo e dall'articolazione acromion-clavico-

lare. L'urto e la compressione dei tendini della cuffia dei rotatori contro la superficie inferiore dell'arco acromion-coracoideo determinano l'"impingement syndrome", una patologia della spalla piuttosto frequente, nota anche con il nome di sindrome da attrito acromion-omeroale (Fig. 2). Le cause che possono determinare una riduzione dello spazio sottoacromiale sono molteplici. Tra queste, le varianti anatomiche dell'acromion (Fig. 3), l'ispessimento del legamento coraco-acromiale, la presenza di artrosi acromion-clavicolare o lo squilibrio muscolare con prevalenza dei muscoli elevatori dell'omero (deltoide) rispetto agli stabilizzatori (muscoli della cuffia dei rotatori) caratteristico dell'età avanzata. La tendinopatia della cuffia dei rotatori è una patologia cronica da **sovraccarico funzionale** e spesso rappresenta il primo stadio evolutivo di questa sindrome dolorosa della spalla. Nell'ambito della traumatologia sportiva, tale patolo-

gia si riscontra principalmente in quelle discipline nelle quali la spalla è impegnata in attività che la sollecitano ripetutamente in gestualità e posizioni estreme. Il gesto tecnico che determina il massimo impegno della cuffia è rappresentato dal lancio, quindi gli sport in cui tale sindrome si verifica con maggiore frequenza sono, ad esempio, il baseball, il tennis, la pallavolo, il lancio del peso, etc. (Fig. 4). Dal punto di vista **etiopatogenetico** si tratta di una tendinopatia da sovraccarico dovuta ad elevati stress e microtraumatismi ripetuti nel tempo, che determinano microlacerazioni a livello tendineo. Qualora non vi sia un adeguato periodo di riposo che consenta all'organismo di ripararle, tali lesioni tendono ad ampliarsi e cronicizzarsi. Il sintomo fondamentale della tendinopatia della cuffia dei rotatori è rappresentato dal **dolore**, che si localizza nella regione anteriore e superiore della spalla. L'intensità è variabile, aumenta durante

l'attività sportiva o in seguito a movimenti bruschi e tende a regredire con il riposo. Con il passare del tempo, la sintomatologia può aggravarsi ed il dolore può diventare continuo, determinando una limitazione funzionale. La sindrome da attrito acromion-omeroale rappresenta spesso l'evoluzione di questo quadro clinico ed è caratterizzata quindi da un peggioramento dei disturbi. Il dolore è principalmente associato ai movimenti compiuti al di sopra del livello delle spalle, limitando quindi la prestazione sportiva e talvolta anche i comuni gesti della vita quotidiana, e spesso aumenta la notte interferendo con il sonno. Il perdurare della sintomatologia algica determina un deficit funzionale che provoca ipotrofia dei muscoli della cuffia e può condurre anche ad una rigidità articolare. La **valutazione clinica** deve correlare tra loro le informazioni che derivano dall'esame anamnestico, dall'esame clinico e dalle indagini strumentali. Caratte-

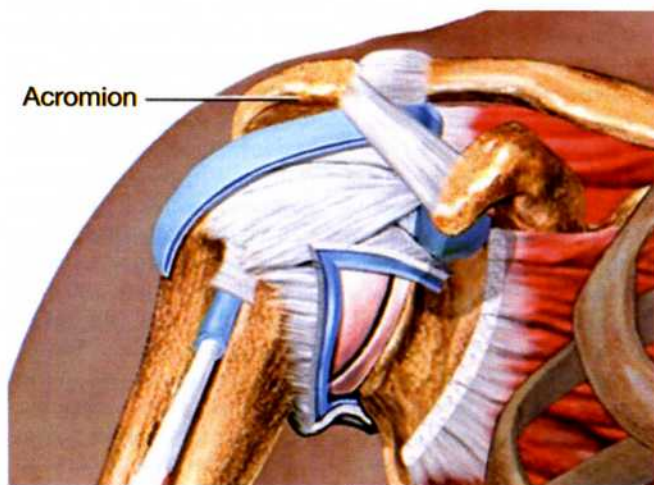


Figura 1 - Anatomia della spalla con visualizzazione dei tendini della cuffia dei rotatori (Netter)

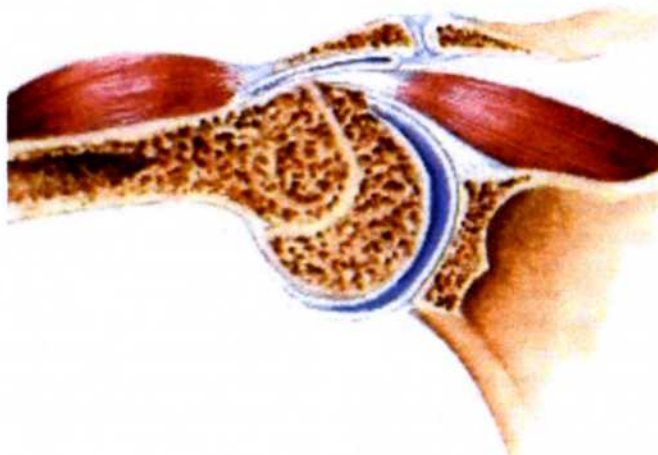


Fig. 2 - Il dolore è causato dalla compressione dei tendini della cuffia dei rotatori, che ricoprono la testa dell'omero, contro la superficie inferiore dell'acromion

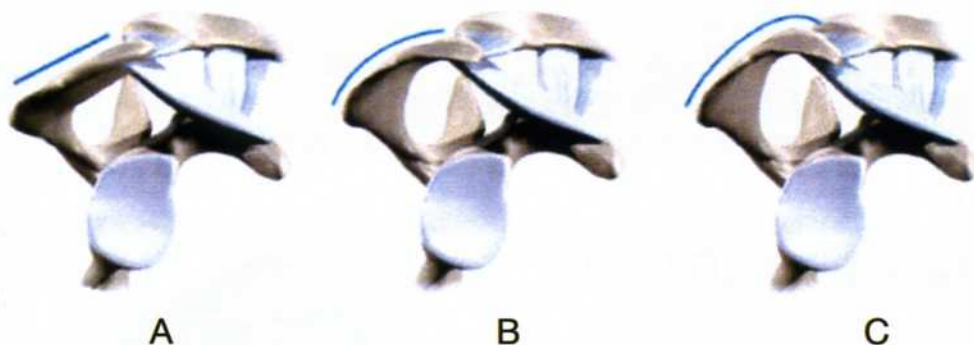


Fig. 3 -Varianti anatomiche dell'acromion. Il tipo III è quello che più frequentemente è connesso con l'insorgenza della impingement syndrome

risticamente è presente dolorabilità alla digitopressione a livello della regione anteriore della spalla ed i test contro resistenza dei muscoli affetti sono di fondamentale importanza per poter valutare il loro coinvolgimento nella patologia della spalla. Per porre diagnosi di "impingement syndrome" si ricorre a test dinamici capaci di riprodurre il meccanismo conflittuale e di conseguenza la sintomatologia dolorosa. Le **indagini diagnostiche** di cui si può avvalere sono: la radiografia standard della spalla e l'ecografia, precisa nell'identificazione delle anomalie delle strutture tendinee e nella visualizzazione dei rapporti tra arco coraco-acromiale e cuffia dei rotatori. Il quadro radiografico generalmente è negativo, talvolta però è possibile riscontrare calcificazioni pe-

riarticolari, che rivestono più un significato anatomico-patologico che clinico. La risonanza magnetica resta comunque l'indagine d'elezione in quanto in grado di fornire il maggior numero di dettagli e di informazioni, in particolare è molto utile per individuare le lesioni parziali della cuffia, spesso non riconoscibili con altri esami strumentali (Fig. 5). Il **trattamento** della tendinopatia della cuffia dei rotatori e della sindrome da attrito acromion-omerale è in genere conservativo. La terapia medica si basa sulla somministrazione di farmaci antinfiammatori per via generale ed in casi selezionati ci si può avvalere delle infiltrazioni locali di corticosteroidi, per ottenere una remissione della sintomatologia dolorosa. Inoltre, dovrà essere osservato un periodo di riposo atletico

durante il quale eseguire la opportuna terapia fisica: ad esempio TECAR, laser, ultrasuoni, ionoforesi, ipertermia ed onde d'urto (Fig. 6), ma di fondamentale importanza è la chinesiterapia attiva della spalla. Quest'ultima mira al potenziamento della muscolatura della cuffia per riequilibrare il rapporto di forza tra il deltoide ed i muscoli rotatori, evitare rigidità articolari ed elasticizzare le strutture capsulo-legamentose dell'articolazione della spalla. Il **trattamento chirurgico** è generalmente riservato a quei casi che risultano

resistenti alle terapie incruente. Nella sindrome da impingement si basa principalmente sull'allargamento dello spazio

sub-acromiale, agendo sia sulla componente ossea mediante l'acromionplastica, che su quella legamentosa, attraverso la sezione del legamento coraco-acromiale, eseguito solitamente per via artroscopica. Nei casi più avanzati, ovvero in quelli in cui via sia una lesione completa di uno o più tendini della cuffia dei rotatori l'intervento mira alla sutura degli stessi e viene ugualmente di solito eseguito per via artroscopica. In quest'ultimo caso, però, i tempi di recupero si allungano inevitabilmente ed assume un'importanza fondamentale anche la rieducazione funzionale successiva.



Figura 4 - Gli sport di lancio sono a maggior rischio di sviluppare la patologia della cuffia dei rotatori



Fig. 5 - La risonanza magnetica consente un'ottima visualizzazione dei tessuti molli e quindi della cuffia dei rotatori



Figura 6 - La terapia fisica con onde d'urto riveste un ruolo importante nel trattamento di questa patologia