LA LUSSAZIONE ALLA SPALLA È UN INFORTUNIO MOLTO FREQUENTE NEL MOTOCROSS

SPALLA instabile? UN BEL PROBLEMA!

La spalla è l'articolazione più mobile del corpo umano, permette di orientare il braccio nei 3 piani dello spazio consentendo una ampia mobilità necessaria a soddisfare un'estrema variabilità di richieste funzionali.
La stabilità della spalla è garantita da complessi muscolari e legamentosi che lavorano sinergicamente, vengono infatti utilizzate 25 coppie di rotazione muscolare per soddisfare ogni possibile movimento.
La spalla nello sport del motocross è sottoposta a notevoli stress legati al gesto sportivo ed in caso di caduta la spalla è molto esposta. Molti piloti infatti devono abbandonare o ridimensionare l'impegno sportivo proprio a causa di problemi alla spalla.
Patologia nota fin dall'antichità, l'instabilità di spalla è stata in passato studiata in base all'esperienza clinica e ad osservazioni anatomopatologiche; recentemente l'anatomia della spalla grazie all'avvento dell'artroscopia ha potuto essere studiata "in vivo" determinando una decisa svolta nella comprensione dei meccanismi anatomo-funzionali che stanno alla base dell'instabilità di spalla.
Esiste comunque parecchia confusione quando si parla di instabilità della spalla, spesso si confondono episodi traumatici con la lussazione o sub-lussazione, a sindromi dolorose della spalla associate o meno ad instabilità o lassità costituzionale.



(IMAGE GUTIERREZ/QUERALT)

CLASSICAMENTE DISTINGUIAMO:

Instabilità post traumatiche unidirezionali che sono le più frequenti, spesso associate alla lesione del labbro glenoideo anteriore cosiddetta lesione di Bankart. In questo caso una caduta con braccio abdotto od extraruotato provoca la lussazione anteriore della spalla e determina la lacerazione del labbro che agisce come un anello di tenuta "o ring" posizionato tra la testa omerale e la scapola. In questi casi la lussazione deve essere ridotta prima possibile e l'arto posizionato in un tutore tipo Don Joy che lo mantenga in posizione addotta e leggermente intraruotato. Consiglio sempre di eseguire una risonanza magnetica della spalla per valutare le lesioni riportate e decidere se adottare una terapia incruenta (in genere al primo episodio) o se si renda necessaria una riparazione chirurgica. Come abbiamo detto, la lussazione anteriore è la più frequente (oltre 85% dei casi) e le lesioni associate possono interessare il labbro glenoideo e le strutture capsulo legamentose oltre alla cuffia dei rotatori; più rare ma molto gravi possono essere le lesioni nervose o vascolari.
Il soggetto che viceversa, presenta una iperlassità costituzionale, può avere dolore ad entrambe le spalle quando assume determinate posizioni; tale dolore eè spesso conseguente al conflitto sotto acromiale che si crea per gli abnormi spostamenti della testa omerale che non è più limitata dalle strutture legamentose. In questi casi la soluzione è in genere chirurgica e prevede la stabilizzazione della spalla mediante plicature e ritensione della capsula e dei legamenti. La riabilitazione è lunga e facilmente si hanno recidive soprattutto nelle instabilità multidirezionali. **Alcuni sport determinano movimenti estremi ripetuti e l'atleta si lamenta per il dolore che compare durante il gesto sportivo.**
Sembra un paradosso, ma le lussazioni che avvengono a seguito di un violento trauma hanno minore percentuale di recidiva rispetto a quelle che avvengono a seguito di movimenti banali o traumi modesti.
Bisogna comunque sottolineare che il trattamento conservativo delle lussazioni della spalla nel giovane sportivo si associa ad un alto rischio di recidiva che può raggiungere il 40% dei casi. Una nostra analisi ha evidenziato che gran parte dei piloti che hanno avuto un episodio di lussazione della spalla dopo adeguata immobilizzazione e recupero muscolare sono in grado di tornare all'attività agonistica, tuttavia circa il 30% manifesta altri episodi di instabilità durante la stagione di gare. E' inoltre dimostrato che il rischio di recidiva è direttamente correlato all'età in cui insorge il primo episodio di lussazione; un giovane sportivo che si lussa all'età di 16 anni ha più possibilità di avere altre lussazioni negli anni successivi rispetto ad un pilota che si lussa per la prima volta a 35 anni. Un tempo la stabilizzazione della spalla avveniva mediante interventi di chirurgia aperta, mentre negli ultimi 15 anni vengono per lo più impiegate tecniche artroscopiche che se correttamente eseguite, garantiscono risultati sovrapponibili alla chirurgia tradizionale, ma con una morbilità decisamente minore. Il pregio di queste tecniche infatti è la loro estrema fisiologicità: non vengono sezionati ventri muscolari né spostate tuberosità ossee; l'immobilizzazione è ridottissima e la mobilizzazione forzata è pressoché inutile. Dopo l'intervento artroscopico viene applicato un tutore tipo Don Joy ultrasling per quattro settimane ed inizia precocemente la mobilizzazione passiva e la ginnastica in acqua. Al lavoro in vasca viene sempre abbinato un lavoro, sul lettino, con mobilizzazione e controllo dell'escursione articolare da parte del terapista. L'extra rotazione non va assolutamente forzata (fino ai 60 giorni), così come l'abduzione oltre i 90° per non stressare la sutura capsulare.
Il nostro programma riabilitativo prevede nelle prime fasi esercizi di contrazioni isometriche, controllo della scapola ed esercizi a catena cinetica chiusa, inoltre il pilota mantiene allenati gli arti inferiori, il tronco e la spalla controlaterale.
Nella fase intermedia gli obiettivi da ricercare sono: migliorare il ritmo scapolo-toracico attraverso facilitazioni neuromuscolari, recuperare il range di movimento articolare su tutti i piani senza stressare la porzione di capsula ritensionata, inserire esercizi di rinforzo muscolare isotonici ad escursione limitata. Si passa quindi all'ultima fase che si conclude intorno al terzo mese e che prevede il lavoro su tutti i piani di movimento e l'esecuzione di esercizi di rinforzo muscolare anche di tipo eccentrico ed isocinetico, oltre ad esercizi propriocettivi sport-specifici per potere reinserire il pilota ai suoi allenamenti in moto.

"consiglio del mese"

Durante l'iter riabilitativo è fondamentale non dimenticare il ruolo da protagonista della scapola che spesso dopo traumi alla spalla presenta una alterazione nella sua posizione. La riacquisizione di un'ottima propriocezione è l'obiettivo principale che il pilota deve dimostrare di aver raggiunto per poter tornare all'attività agonistica.

a cura del Dr. ***Alberto Gobbi***
info@oasiortopedia.it