

## Sport... e corretti stili di vita

Numero 9 del 17 settembre 2014

A cura del  
**Dott. Sergio Zita**  
Responsabile sportello CONInforma

### **TRAUMATOLOGIA DELLA SPALLA NELLO SPORTIVO**

Le fratture della spalla possono interessare uno dei tre segmenti ossei che la costituiscono: l'OMERO (nella regione prossimale), la SCAPOLA e la CLAVICOLA.

Diversamente da quanto avviene con altre articolazioni, non esiste un rapporto diretto tra il tipo di sport praticato e la lesione scheletrica che si può verificare durante il suo svolgimento.

La caduta sulla spalla, infatti, è un'evenienza frequente in molte discipline sportive. Tra i fattori determinanti per la lesione si rilevano la velocità con la quale si verifica il trauma e l'età del soggetto.

Nel primo caso, gli sport nei quali la spalla è più esposta al rischio di frattura sono il ciclismo, lo sci, il pattinaggio e il calcio.

Per quanto riguarda l'età del soggetto coinvolto, invece, si riscontrano sia lesioni tipiche dell'infanzia (distacchi epifisari prossimali dell'omero), sia gravi fratture pluriframmentarie possibili solo in coincidenza di uno stato di osteoporosi o trauma grave.

Per questo motivo, è indispensabile inquadrare correttamente tutte le fratture della spalla nell'ambito della traumatologia sportiva; infatti, il loro trattamento può essere diverso in base all'età e alla richiesta funzionale del paziente.

#### **Fratture prossimali dell'OMERO**

La maggior parte delle fratture prossimali dell'omero risponde bene al trattamento conservativo.

## Sport... e corretti stili di vita

Trattamenti e valutazioni particolari, al contrario, si richiedono solo in occasione di lussazioni o fratture scomposte, le quali richiedono un accurato studio. In tali casi, infatti, è necessario individuare gli effetti delle inserzioni dei muscoli sui frammenti liberi. Le fratture dell'estremità prossimale dell'omero, associate a lussazione della testa, pongono i maggiori problemi diagnostici e di trattamento e, inoltre, hanno la prognosi peggiore.

### **Fratture della SCAPOLA**

Sono di raro riscontro nella traumatologia sportiva e si verificano per traumi ad alta velocità. Dal momento che possono essere interessate tutte le porzioni della scapola, si distinguono le fratture del corpo, le fratture dell'acromion e della coracoide, le fratture della glena intra/extra-articolari.

### **Fratture della CLAVICOLA**

Le fratture della clavicola possono essere distinte in fratture al terzo medio, fratture al terzo distale e fratture al terzo prossimale. A ciascuna di esse appartiene un meccanismo traumatico differente.

La **lussazione acromio-claveare** – L'articolazione acromio-claveare è un'artrodia che connette la clavicola alla scapola. Sia la clavicola che l'acromion presentano una superficie articolare pianeggiante, a contorno ovale. Tra le superfici articolari, si trova un menisco fibrocartilagineo che presenta sviluppo variabile. Tale struttura, con l'avanzare dell'età, va incontro a rapida degenerazione, perdendo la sua validità funzionale. Le lesioni traumatiche dell'articolazione acromio-claveare, che vanno dalla semplice distrazione articolare alla sublussazione e alla lussazione vera e propria, possono essere determinate da due diversi meccanismi traumatici: diretto e indiretto.

Il meccanismo traumatico più frequente è quello *diretto*, dovuto a caduta sul moncone della spalla con il braccio atteggiato in adduzione; in questo caso si determina una sollecitazione verso il basso dell'acromion che può provocare la lesione dei legamenti acromio-claveare o coraco-claveare o la frattura della clavicola.

## Sport... e corretti stili di vita

Il trauma *indiretto*, invece, è una condizione poco frequente, dovuta ad una caduta con l'arto superiore atteggiato in estensione. In questo caso, la sollecitazione dal basso verso l'alto viene trasmessa lungo il braccio, sino alla testa dell'omero che urta contro l'acromion. Attualmente, la lussazione dell'articolazione acromio-claveare viene classificata sulla base dell'entità del danno riscontrato non solo a livello dei legamenti acromio-claveare, ma anche delle adiacenti strutture muscolari del deltoide e del trapezio. Quando si sospetta una lesione, è importante innanzitutto esaminare approfonditamente il paziente, raccogliendo un'anamnesi completa. Durante l'esame obiettivo, il paziente deve essere in piedi o seduto in modo che il peso dell'arto superiore, per gravità, metta in evidenza la deformità della spalla, con l'estremità laterale della clavicola prominente.

Secondo la classificazione di Alliman, esistono tre gradi di lussazione dell'articolazione acromio-claveare.

Nel **1° grado**, una sollecitazione lieve provoca la sola distrazione di alcune fibre del legamento acromio-claveare e della capsula.

In questo stadio, è presente una lieve tumefazione e un modesto dolore spontaneo, provocato dai movimenti attivi dell'arto superiore.

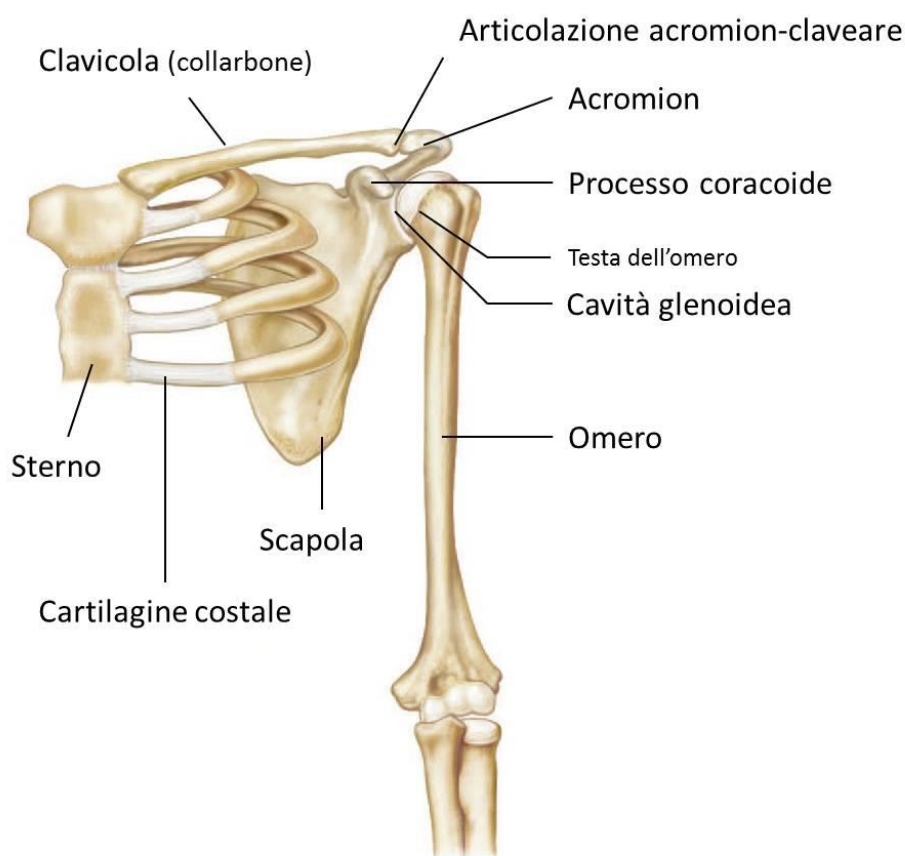
Le lesioni di **2° grado** sono dovute ad una forza di entità maggiore che provoca la rottura della capsula e del legamento acromio-claveare e si manifestano con il quadro clinico della sublussazione.

In casi del genere, è presente una modesta deformità dell'articolazione. Sono più evidenti, invece, il dolore e la dolorabilità ai movimenti attivi sia in sede articolare che in corrispondenza del legamento coraco-claveare. Alla palpazione, l'estremità laterale della clavicola appare instabile.

Le lesioni di **3° grado**, infine, sono quelle in cui il trauma è stato di entità tale da provocare la rottura di entrambi i legamenti dell'articolazione, determinando la lussazione conclamata, con perdita completa dei rapporti reciproci tra i capi articolari.

## Sport... e corretti stili di vita

Nelle casistiche rientranti nel 3° grado, il paziente mantiene l'arto superiore addotto al corpo, sostenendolo con l'arto controlaterale sano, per evitare sollecitazioni dolorose. La tumefazione e l'edema sono associati a deformità della regione. E' evidente, inoltre, il segno caratteristico del “tasto del pianoforte”, per cui la pressione locale riduce la lussazione, che si riproduce non appena cessa la pressione. Sono presenti dolore locale intenso e dolorabilità in corrispondenza dell'articolazione acromio-claveare e del legamento coraco-claveare.



Vista anteriore del cingolo  
pettorale e del  
cingolo scapolo-omerale  
(scapola e testa dell'omero)

## Sport... e corretti stili di vita

### **I traumi dello sport: la spalla, articolazione trascurata**

(fonte LaGazzettadelloSport.it)

Spesso la ripetizione continuativa di particolari gesti tecnici provoca patologie. Le discipline più a rischio? Lancio del giavellotto, basket, volley, baseball, sollevamento pesi, tennis. Tutti gli atleti, in particolare i professionisti, pur essendo sempre più atleticamente preparati, sono sempre più soggetti a infortuni muscolari, ossei e tendinei più o meno gravi. Un controsenso che può avere differenti spiegazioni.

**I DANNI DELL'IPERUSO** - “Se si esclude il trauma acuto dovuto a contatti o cadute - precisa Pietro Ciampi specialista in ortopedia e traumatologia all’Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano e componente della Equipe Universitaria di Ortopedia Rigenerativa e Ricostruttiva - il sovraccarico funzionale, ovvero la ripetizione continuativa di particolari gestualità tecniche, è di certo la patologia più diffusa nello sport svolto ad alto livello.

E’ ciò che può accadere a quegli atleti in cui, ad esempio, il lancio e ogni movimento overhand rappresentano le azioni motorie più specifiche, come avviene nel lancio del giavellotto, basket, volley, baseball, sollevamento pesi, tennis. Ovviamente stiamo parlando di patologie che coinvolgono gli arti superiori e più precisamente la spalla, un’articolazione molto complessa del corpo umano, in quanto costituita dall’insieme di ben 5 articolazioni. Ma per semplificare, esistono sostanzialmente tre strutture fondamentali per il suo equilibrio funzionale: la cuffia dei rotatori (costituita da quattro tendini), la capsula articolare e i legamenti. Ebbene, proprio a causa di questo iperuso, si possono determinare lacerazioni o elongazioni del complesso capsulo-legamentoso della spalla con conseguente suo squilibrio dal punto di vista biomeccanico, facendola divenire incontinente e permettendole dei movimenti anomali”.

**DIAGNOSI** - “La diagnosi da sovraccarico funzionale non è affatto semplice in quanto il dolore, non manifestandosi in maniera acuta come avviene in caso di traumi da contatto o cadute, progredisce gradualmente fino a ridurre totalmente la performance sportiva.

## Sport... e corretti stili di vita

Il semplice esame clinico non è sufficiente per valutare il preciso tipo di patologia, che può andare da una lassità legamentosa a una sindrome di impingement, da una rigidità capsulare a una tendinopatia della cuffia dei rotatori o addirittura alla sua rottura. Per questo motivo, per abbreviare i tempi e comprendere con assoluta precisione quali siano i danni all'apparato tendineo-legamentoso, si ricorre d'abitudine a un esame strumentale e la risonanza magnetica con contrasto è quello principe”.

**TRATTAMENTO** - “Una volta appurato il tipo di lesione, si procede al trattamento che dovrà tenere presente in prima battuta le aspettative del paziente. Un atleta professionista giovane ha delle esigenze del tutto differenti da chi pratica sport per puro divertimento ad una certa età. Vorrà, infatti, tornare in campo nel più breve tempo possibile, nonché nelle migliori condizioni. In questo caso si procede abitualmente con l'intervento chirurgico, che garantisce il recupero totale dell'articolazione in quattro/cinque mesi. Soluzione che non si prospetta all'amatore, magari attempato, cui si consigliano tecniche fisioterapiche, in particolare la tecarterapia, una tecnica che stimola energia dall'interno dei tessuti biologici, attivando i naturali processi riparativi e antinfiammatori, e le onde d'urto che hanno un effetto del tutto simile, grazie a onde acustiche ad alta energia”.

**IL RECUPERO** - “Dopo una prima fase di riposo e una volta raggiunta, tramite una riabilitazione attiva, una buona escursione articolare, è fondamentale riportare nel giusto equilibrio il rapporto di forza tra deltoide, pettorale e dorsali. Mentre la tonicità del primo, infatti, per la sua particolare inserzione anatomica tende a fare salire la testa dell'omero decentrandolo, gli altri due gruppi muscolari lo abbassano rendendolo più stabile. Gli esercizi più adatti sono quelli effettuati con gli elastici che, di differente robustezza, permettono uno sforzo di intensità graduale. In questa fase di recupero riabilitativo, il rapporto tra fisioterapista e ortopedico deve essere molto stretto e collaborativo”.