



I TRAUMI CRONICI

PAOLO VERZARO

Alcuni infortuni sono dovuti a tanti piccoli traumi, ripetuti nel tempo, che portano a una vera e propria patologia. Per questi malanni non esiste un vero e proprio pronto soccorso, ecco come conviene comportarsi.

Nel numero scorso abbiamo parlato del pronto soccorso dei traumi acuti che, più frequentemente, si verificano nella pratica del calcio a 5. In questa sede ci occuperemo, invece, delle più comuni condizioni patologiche dovute a microtraumatismi cronici, tipicamente presenti durante la pratica di questa disciplina. Come in quelli acuti anche nei traumatismi cronici occorre dividere quelli che interessano l'arto inferiore, inevitabilmente più frequenti, da quelli che colpiscono l'arto superiore.

Nell'ambito delle patologie che più frequentemente interessano l'arto inferiore non possiamo non menzionare la "tristemente" famosa **pubalgia**. Innanzitutto è necessario precisare che il termine pubalgia non è corretto dal punto di vista scientifico, in quanto non indica una patologia, ma un sintomo (cioè la conse-

guenza di una patologia). Pubalgia, infatti, significa letteralmente dolore al pube e questo termine è comunemente usato per indicare quella condizione patologica, più correttamente definita "tendinopatia inserzionale degli adduttori", che provoca appunto un'algia (dolore localizzato) in regione pubica che si irradia spesso anche in quella inguinale.

Il più delle volte tale patologia è causata da microtraumatismi distrattivi cronici, cioè continui e ripetuti, che i tendini dei muscoli adduttori della coscia subiscono, a livello delle loro inserzioni sulle ossa del bacino, durante la corsa e l'atto del calciare. Tale evenienza si verifica più spesso nei giocatori talentuosi che sono soliti calciare con l'interno del piede, in quanto ciò determina una costante tensione a carico di muscoli sudetti, provocata dalle forze che tendono a far ruotare l'arto inferiore e le anche.

La terapia della pubalgia è lunga e irta di difficoltà e richiede un costante impegno da parte dell'atleta che ne è affetto. Ciò che più mi preme sottolineare è che la terapia deve essere causale e non sintomatica. Abbiamo detto cioè che il dolore al pube è un sintomo causato da una condizione patologica, condizione che l'ortopedico deve svelare per poter così rimuovere la causa del dolore. È inutile quindi (o utile solo in casi estremi o a fronte

dell'assoluta necessità di giocare) eliminare il dolore con infiltrazioni, terapia fisica o quant'altro, senza averne ben compreso le cause. Questo perché non appena termina l'effetto antiinfiammatorio e antidolorifico delle cure ricomparirà il dolore. Sarà necessario, invece, far eseguire all'atleta delle radiografie del bacino e del rachide lombosacrale, per evidenziare alterazioni che possono essere la causa della sintomatologia pubalgica. Cercheremo così di rimuovere le cause del dolore e non solo quest'ultimo!

Sarà poi indispensabile seguire un intenso programma di stretching dei muscoli adduttori, del tensore della fascia lata e di tutti i muscoli della coscia e di potenziamento dei muscoli abduttori della coscia. Questo, al fine di ristabilire un buon sinergismo d'azione tra muscoli agonisti e antagonisti.

Altra condizione che frequentemente riscontriamo nei giocatori di calcio a 5, specie nei più "anziani", è la cosiddetta **caviglia cronica dolorosa**, nelle sue due varietà anatomiche anteriore e posteriore. Movimenti ripetuti ed esagerati di forzata flessione dorsale del piede (tipicamente presenti nell'atto del calciare) e distorsioni mal curate, curate tardivamente o, ahimé, non curate (vi assicuro che ne vedo ancora molte!) sono le cause di questa patologia.



I sintomi sono dati dal dolore, specialmente sulla faccia anteriore della caviglia, che aumenta nella corsa, nei salti e, soprattutto, quando si calcia. Spesso è presente una tumefazione cronica del collo-piede con riduzione dell'articolazione. In questi casi è indispensabile eseguire degli esami radiografici dell'articolazione tibio-tarsica o anche, nei casi più gravi, esami T.A.C. (tomografia assiale computerizzata) o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare), per svelare la presenza di calcificazioni intrarticolari, lesioni legamentose e cartilaginee o eventuali note artrosiche.

Il trattamento varia a seconda delle condizioni patologiche presenti, ma non potrà in ogni caso prescindere dall'applicazione (anche durante gli allenamenti) di tapings (particolari bendaggi, n.d.r.) di supporto e della borsa del ghiaccio dopo l'attività, per i soliti 15-20 minuti.

Potrà poi giovare il trattamento fisiochinesiterapico con chinesi, ginnastica propriocettiva, rinforzo dei muscoli attivatori della gamba, laser o ultrasuoni. In alcune condizioni patologiche potrà poi rendersi necessario l'intervento chirurgico, il più delle volte in artroscopia, per la rimozione di corpi liberi endoarticolari che possono cronicamente "irritare" la membrana che riveste l'articolazione.

I MALANNI DEL NUMERO 1

I portieri di calcio a 5 sono spesso "vit-time", in virtù del vero e proprio "bombardamento" di palloni che ricevono nel corso della loro attività e delle numerose cadute a terra, di frequenti **infiammazioni croniche delle borse** (cuscinetti di scorrimento, ripieni di un liquido viscoso, tra muscoli, tendini e ossa) trocanterica (a livello della testa del femore) e olecranica (a livello del gomito). Le ripetute cadute con contusioni locali portano appunto a un'infiammazione (borsite cronica di questi cuscinetti con dolore locale, gonfiore e spesso difficoltà nel movimento).

In molti casi sarà necessario l'intervento chirurgico di asportazione di queste borse, in quanto sovente nessun trattamento conservativo (fisiochinesiterapia, ghiaccio, bendaggi...) riesce a risolvere il quadro clinico. Opportuna, dunque, sarà la prevenzione con gomitiere e calzoncini imbottiti, al fine di attutire al massimo i colpi ed evitare così il cronicizzarsi dell'infiammazione.

A livello dell'arto superiore, oltre la suindicata borsite olecranica cronica, è spesso frequente riscontrare, sempre nei portieri, la presenza di una **tendinopatia inserzionale** del muscolo tricipite sull'olecrano (a livello del gomito), dovuta a microtraumatismi distrattivi cronici legati alla presa del pallone, sia nelle parate

alte sia in quelle a terra ("gomito del portiere"). In questi casi ho ottenuto ottimi risultati, a lungo termine, con l'applicazione di tapings appositamente confezionati per limitare l'estensione del gomito (onde limitare i traumi distrattivi legati a questo movimento), pur consentendo la completa flessione dell'articolazione (non creando così "impaccio" all'atleta durante l'esecuzione del gesto atletico). Sono utili, anche in questi casi, l'applicazione della borsa del ghiaccio, dopo l'attività fisica, e la fisiochinesiterapia.

Nei casi più ribelli potrà essere indicata l'infiltrazione locale con farmaci antinfiammatori non cortisonici (in quanto questi ultimi possono causare degenerazione tendinea e necrosi, cioè morte cellulare, a livello della cute).

Come avete avuto modo di constatare non esiste, ovviamente, per queste condizioni patologiche, un vero e proprio pronto soccorso. In molti casi, però, il giocare può comportare un riacutizzarsi dell'infortunio che impone l'astensione immediata dall'attività fisica. Esiste, invece, una necessità assoluta di prevenzione, di attuazione cioè di tutta una serie di accorgimenti atti ad evitare che tali condizioni possano instaurarsi e, come il termine stesso suggerisce, cronicamente "danneggiare" la prestazione dell'atleta. □