

Il prof. Mario Morbidi vive ed opera a Roma. Il suo percorso formativo e professionale lo ha visto impegnato in importanti Centri di chirurgia ortopedica italiani ed esteri. Negli anni Ottanta è stato iniziatore della chirurgia artroscopica nel nostro Paese. Ha maturato una vasta esperienza nella traumatologia con le osteosintesi di fratture articolari e non; nella chirurgia protesica dell'anca e del ginocchio; nella ricostruzione di lesioni capsulo-legamentose della spalla, del ginocchio e della caviglia; nella chirurgia ortopedico-traumatologica della mano e del piede e, ovviamente, nella chirurgia artroscopica dei vari distretti articolari.



LA SPALLA NEL TENNIS

Prof. Morbidi, cosa si intende per tendinopatia della spalla?

Per tendinopatia della spalla si intende generalmente la lesione inserzionale della cuffia dei rotatori, formata dai tendini del sottoscapolare, capo lungo del bicipite, sottospinoso, sovraspinoso e piccolo rotondo. Colpisce prevalentemente quegli atleti la cui disciplina sportiva implica un sovraccarico funzionale dell'arto superiore, ed in particolare quelli in cui il "lancio" rappresenta il gesto tecnico caratteristico.

Cosa può dirci in merito alle patologie della cuffia dei rotatori?

La patologia inserzionale della cuffia va inquadrata all'interno della sindrome da "impingement" o "conflitto", che sostituisce in gran parte quella conosciuta come periartrite scapolo-omerale. Il problema origina da uno squilibrio muscolare ed in particolare da una cattiva sinergia di forze tra i muscoli elevatori/depressori ed intra/extrarotatori. La risultante è una spinta che eleva la testa dell'omero, facendo così diminuire lo spazio sotto-acromiale e causando appunto un "conflitto", durante il movimento, tra il tendine e la parete ossea sovrastante formata dalla clavicola con l'acromion della scapola. Tutto ciò determina una protratta sofferenza dei tendini e il dolore che ne consegue, spesso riferito lateralmente a livello dell'inserzione del deltoide, è il risultato di un'usura proprio dei tendini compressi tra l'estremità omerale ed il tetto coraco-acromiale. Tale usura può evolvere, purtroppo, in rottura vera e propria se l'evento microtraumatico continua a protrarsi nel tempo. E' utile inoltre ricordare che la spalla, per la sua costituzione anatomica, è un'articolazione "antigravitaria" che lavora in "distrazione" e la sua tenuta articolare è garantita

Inizia con questo numero un interessante viaggio attraverso le varie patologie che possono interessare uno sportivo. In questo percorso saremo accompagnati dal prof. Mario Morbidi, docente presso l'Università La Sapienza I Facoltà di Medicina e Chirurgia Corso di Laurea in Fisioterapia (www.mariomorbidi.com). Il prof. Morbidi risponderà ai quesiti che i lettori di Tennis Oggi gli porranno tramite la redazione.

dalle strutture muscolo-tendine e legamentose. Si può dire, quindi, che il ruolo assolto da queste strutture finisce inesorabilmente per sottoporle a stimoli infiammatori maggiori rispetto ad altri distretti anatomici.

Parliamo di diagnosi?

Nell'approccio clinico al dolore di spalla, è importante in primo luogo una diagnosi differenziale per escludere problemi nervosi (radicolari) e vascolari evidenziabili con test specifici. L'iter diagnostico può essere completato da un accertamento radiografico, ecografico e da eventuale RMN. Sono utili anche esami ematici per escludere altre malattie associate come diabete, artrite, gotta etc.

Una volta effettuata la diagnosi, qual è la terapia più indicata?

Per quanto riguarda la terapia, nella fase acuta è indicato un protocollo farmacologico con antiinfiammatori ed antidolorifici. L'utilizzo di terapie fisiche (diatermie endogene da contatto, laser, ultrasuoni) possono essere utili per aggredire il dolore, che spesso determina un'impotenza funzionale con ipotonia muscolare associata e conseguente instabilità articolare. Nel tempo è importante associare ai mezzi fisici una buona rieducazione posturale che impegni globalmente le "catene muscolo fasciali", spesso coinvolte in uno squilibrio in cui la punta dell'iceberg può essere rappresentata proprio dal dolore alla spalla. In alcuni particolari casi può essere indicato un trattamento chirurgico artroscopico che consiste nella cosiddetta "decompressione sub-acromiale", e cioè nell'ampliamento di quello spazio tra tendini e piano osseo effettuato con appositi strumentari chirurgici. Non meno importanti, sono il riposo e la sospensione delle attività sportive per il tempo necessario alla regressione del sintomo.