

LE LOMBALGIE DELL'ATLETA

A. MOSCHI *^o e M. BEJOR *

Gravi lesioni inabilitanti del rachide sono un evento del tutto eccezionale, soprattutto in atletica leggera, viceversa lievi lombalgie, qualunque ne sia la genesi, sono uno dei disturbi più frequenti in cui si imbatte un medico che si occupa di assistenza allo sportivo. Le lombalgie, anche in medicina dello sport, sono legate a due ordini di fattori: uno congenito e l'altro acquisito. I difetti congeniti del rachide vanno anche qui distinti in:

1) gravi, quando sono assolutamente inabilitanti alla pratica sportiva;

2) medi, quando il difetto, pur essendo evidente nei radiogrammi, presenta una sintomatologia che, pur necessitando di un rigoroso controllo medico, lascia sperare in un possibile recupero;

3) lievi, cioè dismorfismi non inabilitanti e generalmente poco o nulla sintomatici.

Alle sudette lombopatie si associano le lombalgie acquisite, che si possono manifestare in tutte le attività atletiche quando il gesto o le modalità d'allenamento siano eseguiti incorrettamente e cioè con una catena cinetica in cui alcuni anelli del movimento (nel nostro caso le articolazioni del rachide lombare) sono sottoposti a sollecitazioni abnormi, sia singole che ripetute. Attualmente, una delle cause più frequenti alla base delle lombalgie è l'incorretto uso dei pesi nella tecnica di potenziamento.

Lo scopo di questo lavoro (in gran parte suggerito dal Simposio Schering 1976 sulle lombalgie dell'atleta, patrocinato dall'Education Committee della N.A.T.A.) è di gettare un ponte tra l'opera del medico che si occupa di traumatologia dello sport ed il preparatore atletico. Infatti, mentre al primo compete la diagnosi ed il dovere di informare compiutamente l'allenatore sulla gravità dell'affezione di base, al secondo compete di controllare e, soprattutto, di seguire l'atleta con cognizione di causa nei molteplici aspetti della riabilitazione.

I limiti tra le due competenze non sono ben definibili, ma quanto più l'allenatore sarà informato tanto più ampie diverranno le sue possibilità di intervento e tanto migliore e più efficace sarà l'assistenza all'atleta.

*^o Medico Federale.

* Clinica Ortopedica e Traumatologica dell'Università degli Studi di Pavia.

dato che il medico od il fisioterapista vedono l'atleta per pochi minuti od al massimo poche ore la settimana, mentre l'allenatore gli è praticamente sempre accanto.

Fortunatamente nella maggior parte dei casi le lombalgie degli atleti non sono dovute a lesioni che richiedano più di qualche giorno di sospensione dall'attività. Il più delle volte si tratta infatti di stiramenti o del muscolo ileopsoas o del gruppo dei muscoli paravertebrali o del muscolo quadrato dei lombi o di altri. Queste lombalgie generalmente regrediscono con un breve periodo di riposo associato o meno a terapia farmacologica e/o fisica.

L'atleta che accusa ricorrentemente dolori lombari con o senza segni di alterazioni neurologiche e muscolari, richiede una valutazione più approfondita e perciò deve essere necessariamente sottoposto a controllo ortopedico. Purtroppo succede, anche troppo spesso, che l'atleta torni dal controllo medico con una diagnosi generica (ad es.: lombalgia, lombaggine etc.), e, anche quando è formulata una diagnosi precisa (ad es.: spondilolistesi, spondilolisi, degenerazione discale, schisi) il medico molto spesso non fa specifica menzione se la lesione sia incompatibile con lo sport praticato e per quanto tempo, per cui l'allenatore si trova nel grave e logico dubbio sul come instaurare un programma di esercizi motori atti a favorire il recupero dell'atleta.

Comunque sia, con o senza diagnosi specifica, l'allenatore deve essere in grado di eseguire una valutazione dello stato dell'atleta da utilizzare quale base per misurare i progressi compiuti nel corso della riabilitazione.

Noi consigliamo sempre agli allenatori di compilare un cartellino clinico comprendente almeno le seguenti informazioni:

A) ANAMNESI

1) ANAMNESI GENERALE: l'allenatore dovrebbe essere la persona più informata sulle abitudini di vita e di pratica sportiva dell'atleta che gli è affidato, pertanto le notizie raccolte dovrebbero essere quanto più complete possibile, tanto minuziose da rasentare il pedante. Soprattutto l'allenatore non deve sottovalutare le abitudini di vita che l'atleta persegue al di fuori delle ore dedicate all'attività sportiva: molto spesso queste nascondono atteggiamenti viziosi quali l'uso di sedie troppo basse e/o mal strutturate, letti troppo morbidi, calzature « alla moda » non adatte, l'uso di motociclette con pneumatici dentati e sospensioni troppo rigide, ed altre.

2) ANALISI DEL GESTO ATLETICO: questo gruppo di annotazioni mette anche alla prova le capacità tecniche dell'allenatore e soprattutto la sua capacità di discriminazione sportiva, ossia la capacità di valutare se il movimento si adatta all'atleta o se l'atleta si adatta a quel movimento.

Questo gruppo di informazioni può rivelarsi di estrema utilità anche per il consulente ortopedico, è utile perciò che comprenda notizie quali:

da quanto tempo l'atleta esegue quell'esercizio, a che età ha cominciato a farlo, quale è stata la progressione nella ripetizione dell'esercizio. Molto spesso, stendendo queste note, l'allenatore stesso si rende conto di avere, sia pur involontariamente o perché trascinato dalla routine di gruppo, sottoposto « quell'atleta » a sovraccarichi funzionali.

B) VALUTAZIONE GENERALE DELL'ATLETA AFFETTO DA LOMBALGIA

Anche l'allenatore dovrebbe fare una valutazione accurata delle condizioni fisiche dell'atleta e sarebbe bene che la metodologia con cui si rilevano questi dati fosse sempre la medesima.

Nel tentativo di rendere più chiara la descrizione del metodo che noi suggeriamo agli allenatori di adottare nell'esaminare i loro atleti, collegheremo il testo scritto ad una serie di illustrazioni di modo che la comprensione delle manovre sia il più immediata possibile.

1) BASE D'APPOGGIO DEL RACHIDE: queste manovre vanno eseguite facendo calzare all'atleta le scarpe che comunemente usa in allenamento.

a) Fig. 1, base sacrale: i punti indicati rappresentano in effetti la proiezione sulla superficie lombo sacrale delle spine iliache postero-superiori; la valutazione di un eventuale slivellamento si percepisce meglio mediante la palpazione effettuata con i polpastrelli del pollice;

b) fig. 2, livello delle creste iliache;

c) fig. 3, livello dei trocanteri femorali;

d) fig. 4, livello delle teste peroneali.

Questo gruppo di rilevazioni permette di stabilire il livello di una eventuale dismetria degli arti inferiori e del bacino.

2) CURVE DEL RACHIDE:

a) piano frontale: osservare se vi sono macroscopiche deviazioni della colonna vertebrale e se l'ipotetica linea verticale che passa per l'apofisi spinosa di C₇ (sempre ben evidenziabile alla radice del collo) passa anche nel solco intergluteo. Questo dato permette di rilevare e valutare se si sono stabiliti dei compensi secondari ad un dismorfismo rachideo.

b) piano sagittale: valutare se vi è una vera iperlordosi: molto spesso la prominenza dei glutei, ipertrofici per l'allenamento, dà l'impressione di una iperlordosi che in effetti non esiste.

3) MOBILITA' DEL RACHIDE: da valutare in flessoestensione, lateralità e in rotazione.

a) flessoestensione: figg. 5-6 la parte più importante di questa

manovra, che deve essere condotta armonicamente, cioè flettendo prima il rachide cervicale, poi il dorsale ed infine il lombare, è rappresentata dalla valutazione di eventuali rigidità segmentarie. In questo caso è bene segnarne i limiti con una matita ed osservare se anche nei movimenti di lateralità permane una rigidità allo stesso livello.

b) fig. 7, flessioni laterali: quando vengono eseguiti questi movimenti accertarsi che il probando non ruoti il bacino. Molto spesso una modesta rotazione del bacino o del cingolo scapolare può mascherare una rigidità ed una conseguente limitazione dei movimenti di lateralità del rachide.

c) fig. 7, rotazioni: valutare come nelle fotografie.

4) PUNTI DOLOROSI:

a) fig. 9, palpare con forza e progressività. Generalmente si adopera il polpastrello del pollice, per ricercare eventuali punti dolorabili lungo le apofisi spinose, sulle zone interspinose, sulle superfici paravertebrali destra e sinistra. Se si causa un dolore vivo premendo sulle

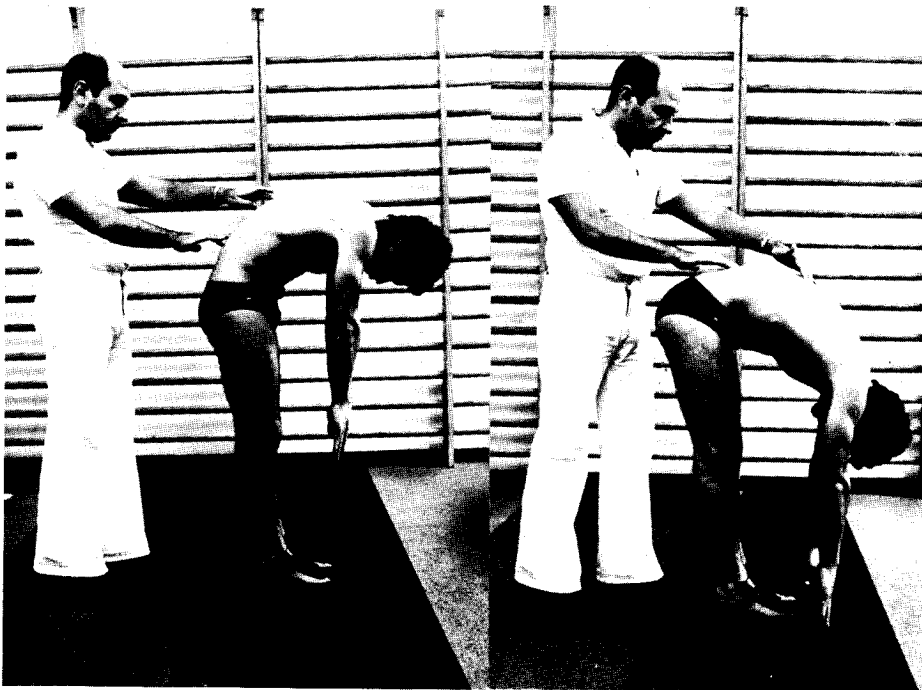


Fig. 6 - Mobilità del rachide nel piano sagittale: valutazione di eventuali rigidità segmentarie.

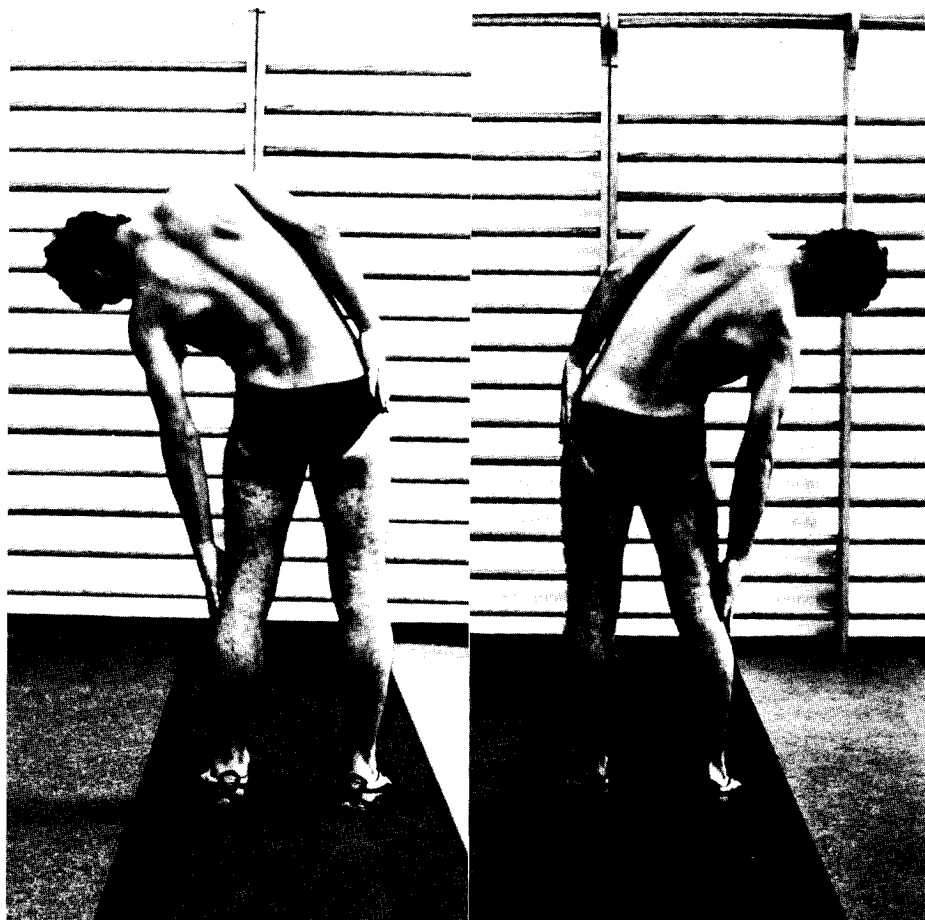


Fig. 7 - Mobilità del rachide nel piano frontale: valutazione di eventuali rigidità segmentarie.

spinose ed interspinose si consiglia di inviare l'atleta ad un consulente ortopedico.

b) a paziente supino sollevare sino alla verticale, mantenendolo teso, un arto inferiore e poi il controlaterale (manovra di Lasegue): se l'atleta accusa dolore più da un lato che dall'altro e se vi è una differenza di più di 30° rispetto alla posizione di flessione in cui compare, si consiglia di inviare dal consulente ortopedico.

c) manovra del Wasserman.

d) triplice flessione.

5) VALUTAZIONE DEL TONO-TROFISMO MUSCOLARE: valutare come nelle figure la forza dei seguenti gruppi muscolari.

a) fig. 13, flessori dell'anca: fare molta attenzione se da un lato si risveglia anche dolore lombare date le inserzioni del muscolo ileo-psoas.

b) fig. 14, adduttori dell'anca.

c) fig. 15, abduttori dell'anca.

d) fig. 16, obliqui addominali.

e) fig. 17, quadrato dei lombi.

6) VALUTAZIONE DI EVENTUALI CONTRATTURE

a) fig. 18, flessori del ginocchio.

b) tricipite surale.

c) muscoli paravertebrali: queste contratture si evidenziano molto bene mentre si saggia la motilità globale del rachide.

Le manovre illustrate dal punto B1 al punto B6, registrate sul cartellino, permettono di seguire con una certa fedeltà l'evoluzione della lombalgia nell'atleta.

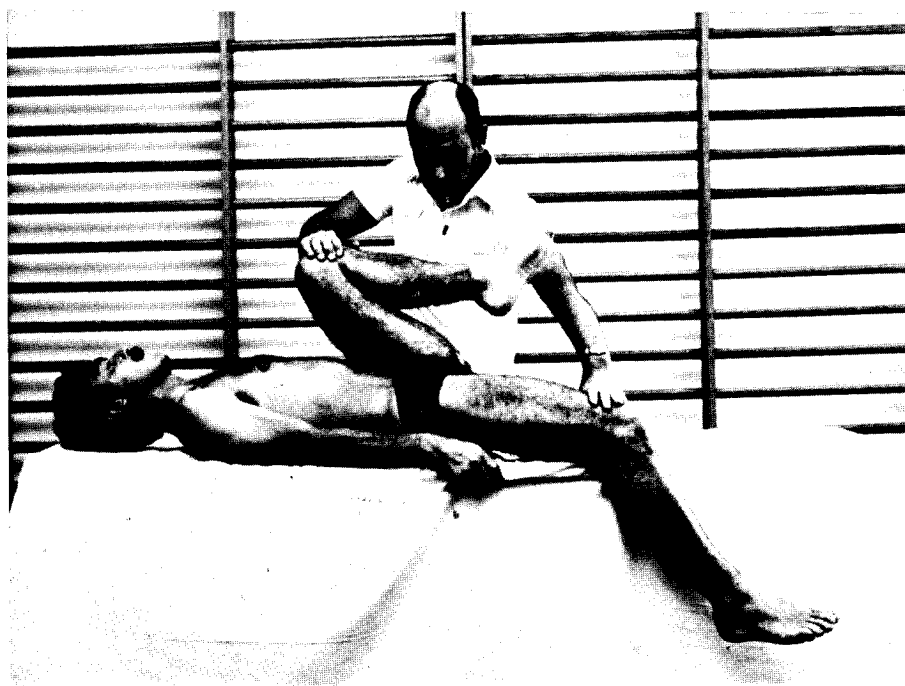


Fig. 11 - Manovra del Wasserman.

C) PRESIDI FISIOCHINESITERAPICI

Vi sono alcuni presidi di fisiochinesiterapia che l'allenatore può utilizzare anche senza consultare il medico, naturalmente a patto che sia in grado di eseguire e valutare correttamente le manovre esposte nel punto B) e che abbia una sia pur minima esperienza dei mezzi di cui diremo. Tutti gli apparecchi che citeremo sono comunemente reperibili presso le ditte specializzate del ramo.

1) USO DEL GHIACCIO. Nel caso di dolori acuti, frizionare la parte dolente con un cubetto di ghiaccio. Nel caso di lesioni che risalgano a più giorni l'uso del ghiaccio può essere indicato per abbassare la soglia del dolore prima degli esercizi di stretching, oppure, dopo una seduta d'allenamento, se l'atleta accusa un lieve dolore. Si sconsiglia decisamente l'uso della borsa del ghiaccio poiché raffredda una zona troppo vasta mentre il raffreddamento, per essere utile, deve essere eseguito in maniera mirata mediante una piccola superficie ghiacciata, quale appunto quella di un cubetto (fig. 23).

2) USO DEL CALORE. Vi sono varie metodiche per riscaldare una parte: per contatto, per irradiazione, mediante l'uso di appropriate microonde. Noi non consigliamo mai di usare la radar o la marconiterapia se non dietro prescrizione e controllo medico. Impacchi caldo umidi di paraffina (noi preferiamo le Hydrocollator Heating units), possono essere tranquillamente praticati ad atleti con lombalgie prima che incomincino le sedute d'allenamento o gli esercizi di riabilitazione funzionale. Un termoforo può essere applicato sul tratto lombare la sera prima di addormentarsi. Non consigliamo l'uso di pomate o cerotti revulsivi: esiste di meglio.

3) COMPRESSIONE. In caso di lombalgie da strappi, l'atleta può alleviare il dolore mediante una fasciatura compressiva (o anche una fascia elastica rigida) mettendo a livello del dolore un tassello di gomma piuma che aumenti la compressione elettivamente in quel punto.

4) ELETTROSTIMOLAZIONI. Abbiamo usato con grandissimo vantaggio correnti antalgiche a livello del tratto lombare. Questo tipo di applicazione può essere effettuato anche con i nuovi apparecchi di microstimolazione portatili (sono più piccoli di un pacchetto di sigarette). Gli elettrodi vengono incerottati in corrispondenza dei muscoli paravertebrali e l'apparecchio, che si porta in tasca, viene collegato a questi mediante dei fili molto sottili.

5) MASSAGGIO. Può essere eseguito in tutte le fasi della malattia purché con i criteri limitativi noti. Raccomandiamo di fare particolare attenzione prima di eseguire un massaggio profondo in fase acuta.

6) ESERCIZI DI RIABILITAZIONE. Vi sono innumerevoli esercizi di rieducazione; noi consigliamo comunemente di eseguire per 7-10 giorni gli esercizi di flessione e quindi di associarvi anche esercizi di iperflessione. La tecnica di esecuzione è brevemente descritta nelle didascalie delle figure che seguono (figg. 19-22).

7) TUTORI ORTOPEDICI. I più importanti rimangono un buon letto rigido e comode sedie anatomiche da usarsi quando l'atleta studia o si riposa. Per quanto riguarda i corsetti, noi consigliamo quelli dinamici tipo Tigges che esercitano, mediante le loro digitazioni, una attiva presa e fissazione sui muscoli paravertebrali. I corsetti in stoffa e stecche possono essere prescritti solo dal medico.

CONCLUSIONI

Le lombalgie sono tra le affezioni più frequenti che si riscontrano in medicina dello sport. Il buon senso ed una seria preparazione dell'allenatore possono ovviare in buona parte dei casi a questo inconveniente.

Qualora si instauri una lombalgia e l'allenatore, con cognizione di causa, ritiene di poter escludere un grave evento lesivo o una seria malformazione vertebrale, può cominciare egli stesso ad aiutare il suo atleta applicando uno o più presidi tra quelli da noi descritti. Logicamente la soluzione ottimale sarebbe quella di una visita collegiale (medico, allenatore, fisioterapista), ma fino a che la nostra organizzazione dell'attività sportiva non ci permetterà di raggiungere questo traguardo riteniamo giusto (ed indispensabile) che anche l'allenatore partecipi attivamente all'assistenza del suo atleta.