

## IL DOLORE ALLA SPALLA

(di S. Colonna – Supervolley 8/9-1997)

La spalla del pallavolista è una delle sedi più frequenti di patologia flogistica cronica da sovraccarico.

Nel decennio 1981-'91 l'incidenza delle patologie dell'apparato locomotore della nazionale americana di pallavolo vede le problematiche di spalla (16.22%) al secondo posto, subito dopo le problematiche della rotula e del tendine rotuleo (17.57%).

In un'indagine statistica sulla traumatologia di giocatori di interesse nazionale ed olimpici italiani dal 1972 al 1988 (*Candela et al, 1990*), la spalla è al terzo posto come incidenza per le patologie da sovraccarico (croniche), dopo il ginocchio e la colonna vertebrale, idem per le patologie acute, dopo la caviglia e la mano.

Abbiamo effettuato, come Lega Pallavolo Serie A Femminile, due ricerche per verificare l'incidenza delle patologie nella pallavolo femminile.

La prima ricerca (*ricerca Makno-Dicembre 1993*) consisteva nell'autocompilazione di 250 schede da parte di atlete praticanti la pallavolo a differenti livelli. La spalla come incidenza di patologie è al terzo posto (19.2%), dopo la caviglia (54.0%) e il ginocchio (30.8%).

La seconda ricerca è stata effettuata facendo compilare al personale medico o paramedico delle società appartenenti alla Lega una scheda in cui erano riportate le patologie principali. Da questa ricerca la spalla (20.6%) risulta essere coinvolta dopo il ginocchio (54.2%) e la caviglia (45%).

La sindrome da conflitto o *impingement syndrome* è la patologia più frequente della spalla e rientra nelle sindromi da sovraccarico, cioè da iper-utilizzo dell'articolazione.

Praticamente questa patologia altro non è che una infiammazione del tendine di un muscolo (sovraspinoso): tale muscolo è molto importante per il corretto funzionamento della spalla.

Interessa soprattutto gli atleti che praticano sport di lancio, per questo è stata definita anche "spalla del lanciatore", anche se può interessare atleti praticanti altri sport, come il nuoto, dove la spalla è sovraccaricata come escursione massima e non come impegno esplosivo.

Nella pallavolo gli attaccanti di posto 4 e 2 sono più a rischio rispetto ai centrali e ai palleggiatori. Ciò è da attribuirsi alla continua richiesta di massima esplosività della gesto tecnico di attacco da parte di questi schiacciatori.

Questa patologia si manifesta con dolore durante la schiacciata e la battuta.

La fase di passaggio dal caricamento al colpo sulla palla è il momento più doloroso.

La zona dove l'atleta riferisce il dolore è a livello del fascio medio del deltoide, o a livello dell'inserzione sull'acromion oppure a livello dell'inserzione sull'omero.

La terapia della sindrome da conflitto si basa su più punti: corretta esecuzione del gesto tecnico, equilibrato potenziamento dei muscoli della spalla, adeguato allungamento delle fasce connettivali, bendaggio funzionale.

### UTILIZZO DEI BENDAGGI FUNZIONALI

Il bendaggio funzionale non riesce ad annullare completamente il carico sui tendini come in alcuni legamenti; ciò è dovuto alle connessioni anatomiche dei tendini.

I tendini, ad eccezione del tendine rotuleo, si collegano da una parte all'osso dall'altra al muscolo.

Il bendaggio può limitare escursione articolare di un segmento oppure svolgere una funzione di compressione ma non inibire la contrazione muscolare.

Quello che può fare il mezzo di contenzione è:

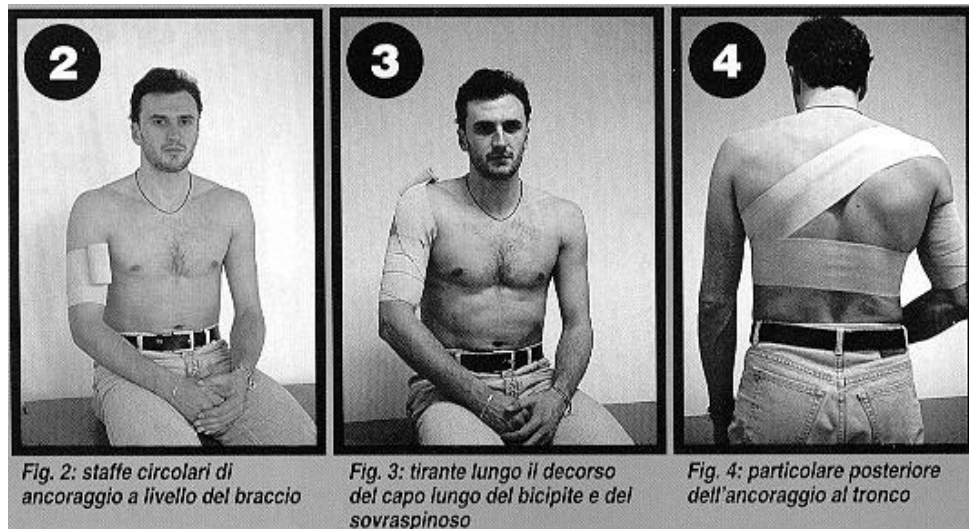
- 1) ridurre le trazioni sui tendini durante i movimenti di stiramento passivo per la contrazione dell'antagonista, viene realizzato quello che viene definito il "richiamo elastico passivo";
- 2) ridurre le tensioni statiche gravanti su alcuni tendini per delle retrazioni muscolari in alcune situazioni di riposo, così facendo miglioriamo il metabolismo della struttura tendinea che viene irrorata, dai vasi peritendinei, solo nella fase di detensionamento;
- 3) mantenere una trazione continuata su alcune fasce permette l'allungamento delle stesse, nel caso della retrazione della fascia crociata anteriore il mantenimento, tramite bendaggio, di una più corretta posizione dell'omero e della scapola (extrarotazione e repropozione) determina una detensione della fascia retratta.

A volte per raggiungere la finalità dell'ultimo punto trattato bastano dei semplici tiranti che

sviluppano una funzione di percezione che stimoli il corretto atteggiamento posturale attivo del cingolo scapolare.

### TECNICA DI REALIZZO

Il primo tirante di tessuto semi-elastico viene ancorato distalmente a livello del terzo distale dell'omero; si rinforza l'ancoraggio con un secondo circolare più prossimale (foto 2). Il decorso del tirante deve sovrapporsi alla linea d'azione del sovraspinoso (foto 3). Nei casi in cui sia presente una partecipazione del capo lungo il primo tirante, sarà più mediale per decorrere sul decorso del bicipite.



L'ancoraggio del tirante può essere realizzato a livello dell'emitorace posteriore opposto; nei casi in cui sia presente una eccessiva sudorazione che non permette una buona presa della benda si consiglia una stabilizzazione circolare del tronco (foto 4 e 5).



Per aumentare la retroposizione della scapola si effettuano ulteriori tiranti (Foto 6 e 7) ancorati distalmente sull'omero e prossimalmente a livello dorsale. Per aumentare ulteriormente la tensione posteriorizzante e ancorare più saldamente i circolari eseguiti, si può utilizzare del cerotto anelastico (Foto 8).

Questo tipo di bendaggio funzionale non limita la mobilità della spalla durante la schiacciata o la battuta; invece, permette di ridurre il dolore dell'infiammazione aumentando la performance.