

LA "CUFFIA DEI ROTATORI"

Le lesioni della cuffia dei rotatori (tipiche degli sport di "lancio" come pallavolo, pallanuoto, baseball e tennis), solitamente originano da un'infiammazione dei tendini dovuta all'iperuso. Possono avere però anche una causa traumatica, come accade in quelle attività dove la caduta è un fatto consueto (motocross, sci, mountain-bike, ecc.).

Nel caso di patologia da "sovraccarico", il problema origina da uno squilibrio muscolare, in particolare da un cattivo rapporto di forza tra muscoli elevatori/depressori e intra/extrarotatori: la risultante è una spinta che eleva la testa dell'omero, facendo così diminuire lo spazio sottoacromiale e causando un conflitto tra il tendine e la parete ossea sovrastante durante il movimento; ciò perpetua la sofferenza del tendine facendolo degenerare sino alla rottura, parziale o completa.

Negli eventi traumatici, invece, è il movimento improvviso e violento che eleva la testa dell'omero, con conseguente riduzione dello spazio articolare e lesione della cuffia.

La riabilitazione della spalla dopo l'intervento di sutura della cuffia, è molto delicata e deve essere decisa caso per caso in accordo con il chirurgo, perché soltanto il chirurgo conosce la qualità dei tessuti suturati, la loro tenuta e l'entità della lesione.

La Riabilitazione

Fermo restando che il programma di riabilitazione deve essere personalizzato e verificato periodicamente, solitamente esso dovrà prevedere quattro fasi, in modo da accompagnare l'atleta fino alla ripresa delle competizioni, che avverrà intorno al sesto mese.

- Prima fase

Durante questa fase, che può variare da 3 a 4 settimane, l'articolazione è protetta da un tutore.

Nel primo mese le sedute devono essere quotidiane. E' fondamentale l'utilizzo dell'acqua che va impiegata appena vengono rimossi i punti di sutura o, nel caso di ricostruzione in artroscopia, anche prima utilizzando cerotti idrorepellenti; la spinta di Archimede offerta dall'acqua, sostituisce il tutore e permette una più facile e precoce mobilizzazione dell'articolazione. Inoltre la temperatura dell'acqua della vasca riabilitativa (34°C) ha effetti miorilassanti su tutti i tessuti.

A "secco" il terapeuta può effettuare tecniche di micromobilizzazione della testa omerale e della scapola, **evitando la rotazione interna** che porterebbe in tensione la cuffia appena suturata. Esercizi attivi per i muscoli fissatori della scapola possono essere introdotti precocemente, utilizzando gli **esercizi pendolari tipo Codman**, oltre a una mobilizzazione passiva autoassistita in flessione ed extrarotazione.

Obiettivi da porsi: evitare l'instaurarsi di rigidità e ripristinare il corretto ritmo scapolo-omerale.

- Seconda fase

Nella seconda fase, indicativamente 4^a - 8^a settimana, si abbandona gradualmente il tutore (entro la quinta settimana); la mobilizzazione passiva o

attiva-assistita si trasforma gradualmente in attiva; si iniziano a utilizzare ausili come le carrucole e lo skate-board in flessione ed extrarotazione (figura 1); possono venire introdotti esercizi contro resistenza elastica per i muscoli fissatori della scapola e per i depressori della testa omerale.

I muscoli intra/extrarotatori possono iniziare un lavoro isometrico, mentre si consiglia di aspettare la 6^a settimana prima di proporre blandi esercizi isotonici. Dalla 6^a settimana si iniziano gli esercizi in adduzione sul piano orizzontale. In acqua il lavoro è indirizzato alla ricerca della massima articularità, prestando sempre attenzione alle rotazioni.



Figura 1

- Terza fase

Nella terza fase, 9^a - 12^a settimana, si ha un aumento progressivo dei carichi di lavoro per un recupero completo e armonico della muscolatura della spalla; possono essere introdotti i primi esercizi di abduzione attiva. Esercizi di destabilizzazione ritmica della spalla e di propriocezione sono utili in tale fase per il recupero funzionale. In acqua vengono inseriti esercizi combinati e la nuotata a rana (prima con l'utilizzo di cinghie, poi libera).

- Quarta fase

Nella quarta fase, 13^a - 16^a settimana, è prevista la ripresa funzionale della spalla con le normali attività quotidiane ed il gesto sportivo, limitando comunque il ritorno alle competizioni al 6° mese dopo l'intervento.

In questo periodo vengono inseriti esercizi di lancio e presa da varie posizioni e a difficoltà crescente, utilizzando carichi diversi che vanno dal pallone di spugna alle palle mediche (figura 2): si possono iniziare esercizi specifici per lo sport praticato e allenamento isocinetico dalla 16^a settimana. La vasca riabilitativa può essere sostituita con una piscina dove sarà più agevole la nuotata a rana, a crawl e a dorso.

E' utile effettuare test di valutazione per chi desidera riprendere le competizioni e sconsigliare queste ultime se la forza non ha raggiunto almeno il 70% dell'arto controlaterale.



Figura 2