

ALGIE DELLA SPALLA

A cura di Claude Altieri; ft. Osteopata
Già insegnante universitario in osteopatia
Direttore della Scuola Italiana di Terapia Funzionale Globale

Traduzione di Giordano Domenico; ft. Osteopata. Insegnante

Il dolore è una spia rossa che si accende quando qualcosa è in stato di disfunzione e accontentarsi di trattarla con un trattamento allopatico è chiaramente inadeguato nella misura in cui, riprendendo la metafora iniziale, sarebbe come pitturare di verde la spia rossa. Sarebbe impensabile comportarsi così con la nostra auto, quindi perché farlo nell'ambito della meccanica umana, sapendo che da ogni disfunzione meccanica del momento deriverà, nel tempo, una patologia organica. Quando sia possibile, ci sembra indispensabile trattare la causa dell'algia, quindi, ma bisogna tuttavia comprenderne l'origine.

Oggi tratteremo i dolori di spalla, affezione ricorrente nello studio medico, reumatologico e fisioterapico.

Importanza della differenza fisiologica muscolare.

E' importante comprendere la differenza fra muscoli tonici e muscoli fasici.

I primi, sul piano fisiologico, cercano la propria energia nella filiera aerobica, si compongono di unità motorie molto piccole e adottano un funzionamento a contrazioni riflesse. Sono quindi infaticabili, sensibili e obbediranno soltanto ad una informazione di tipo riflesso. Sono in grado quindi, col passare degli anni, di far lavorare un'articolazione in maniera anti-fisiologica.

I secondi invece vanno a cercare la propria energia nella filiera anaerobica, sono composti da unità motorie più grandi e mettono in atto un funzionamento a contrazioni volontarie. Si affaticano quindi rapidamente e sono molto meno sensibili alle informazioni riflesse.

Qualche richiamo fisiologico.

Il paradosso di Codman (1934) ci insegna che ogni movimento effettuato nei due piani verticali dello spazio viene accompagnato da una rotazione automatica nel terzo piano.

Il muscolo sopraspinoso è un abbassatore della testa omerale (e non come ci hanno ripetuto nel corso dei nostri studi uno « starter » dell'abduzione ; l'ettromiogramma ci conferma che, durante il movimento di abduzione, il potenziale elettrico parte prima a livello del deltoide).

La cuffia dei rotatori ha una componente tonica importante, che ha il ruolo di mantenere la testa omerale a contatto con la glenoide.

Una rotazione esterna della testa omerale viene accompagnata da uno scivolamento verso l'avanti della testa stessa, mentre una rotazione interna da uno scivolamento verso dietro (mini-movimenti).

Fisiopatologia funzionale della spalla.

Comprenderemo quindi come ogni movimento improvviso possa provocare uno spasmo dei muscoli della cuffia, che perturberà i micro-movimenti dell'articolazione gleno-omerale e che è quindi del tutto naturale che possa venire a contatto con la volta acromiale. Il trattamento appropriato consisterà nell'inviare un'informazione proprio alla cuffia dei rotatori.

Il trattamento in Biomeccanica Funzionale

Classicamente si dice che il complesso articolare della spalla è composto da cinque « articolazioni », due false e tre vere : la zona di scivolamento scapolo-toracica, la borsa sierosa sotto-deltoidea, l'articolazione sterno-clavicolare, l'articolazione acromio-clavicolare, l'articolazione gleno- omerale. Sarà importante assicurarsi dell'integrità di tutte queste formazioni. Ecco quindi il trattamento che ne deriva :

- Scollamento della scapola
- Massaggio/scollamento della borsa sierosa sotto-deltoidea
- Normalizzazione dell'articolazione sterno-clavicolare
- Normalizzazione dell'articolazione acromio-clavicolare
- Normalizzazione dell'articolazione gleno-omerale



Articolazione acromio- clavicolare :
clavicola in anteriorità



Articolazione acromio-clavicolare :
clavicola in posteriorità



**Articolazione sterno- clavicolare :
clavicola in anteriorità**



**Articolazione acromio- clavicolare :
clavicola in superiorità**



**Normalizzazione della gleno-omerale in rotazione
esterna e anteriorità**



**Normalizzazione della gleno-omerale in rotazione
interna e posteriorità**

La normalizzazione dell'omero si effettuerà :

Sia in anteriorità e rotazione esterna, sia in posteriorità e rotazione interna. Tutto dipenderà da quali micro-movimenti siano in restrizione.

Agendo in questo modo e aggiungendo una normalizzazione in decoattazione della gleno-omerale, si è praticamente sicuri del risultato, a condizione che le lesioni organiche non siano ancora troppo importanti.

In rieducazione, per recuperare le rotazioni (spesso limitate), il fisioterapista dovrà favorire i movimenti di scivolamento durante le rotazioni e servirsi del principio di Codman per migliorare le ampiezze.