

Questione di polso

Spesso sollecitato durante il gioco, questo fondamentale "snodo" delle nostre braccia deve sempre essere in perfetta efficienza



Il dolore di polso è un'evenienza di frequente riscontro nella pratica del golf.

Il fattore scatenante tali patologie è certamente riconducibile al momento dell'impatto del bastone con la palla o con il terreno (le cosiddette palle sporche) o contro qualche ostacolo occasionale. Quante volte ci siamo sentiti dire dal nostro Pro: "...tieni i polsi carichi durante la discesa e all'impatto con la palla...". Questa nota tecnica dovrebbe portarci ad effettuare un colpo solido e preciso, ma è importante anche per evitare fastidiosi contraccolpi ai nostri polsi.

La lunga leva dello shaft incrementa la forza e le vibrazioni che si scaricano sulle strutture ossee, tendinee e legamentose del polso, mettendo a dura prova la resistenza delle stesse. Sia per i professionisti che spesso cercano il *divot* e a maggior ragione per gli amateur che il terreno lo trovano qualche volta involontariamente, gli impatti sono i principali responsabili dei guai al polso. Fattori predisponenti sono spesso legati a un'insufficiente preparazione fisica, intesa come tonicità muscolare, gesti tecnico-atletici scorretti (grip) ed un'adeguata attrezzatura. Le cause possono essere fondamentalmente due: le rare lesioni acute, sempre legate ad un trauma da impatto (distorsione o frattura), e le frequenti lesioni da sovraccarico funzionale "*chronic wrist pain*", legate ad un eccesso di attività (*overuse*) e a microtraumi reiterati (tendiniti, capsuliti, entesiti; neuropatie da irritazione). Affrontiamole separatamente. I traumi acuti trovano un mo-

mento iniziale violento, ben preciso nel tempo, con dolore importante e un'immediata impotenza a continuare l'attività sportiva. Per il particolare meccanismo con cui tali traumi vengono prodotti, la loro diagnosi può risultare difficoltosa se basata su indagini di routine e pertanto non mirate. Per questo motivo, è consigliabile la valutazione presso uno specialista, che attraverso l'evidenza clinica potrà prescrivere gli esami diagnostici più specifici per il caso in questione (Rx, Ecografia, RNM o altro). Fermo restando che, a causa di un trauma acuto e violento, qualsiasi struttura può subire delle conseguenze, i casi più frequenti contemplano la "*frattura dell'apofisi unciforme dell'osso uncinato*". L'uncinato è una delle otto ossa che formano la complessa articolazione del polso. La sua posizione (fig. 1) lo porta ad essere particolarmente esposto ai traumi diretti che si verificano fra manico dello shaft e mano sinistra per i destrimani (Fig. 2) o destra per i mancini, quando la faccia del bastone incontra un'ostacolo. Questa tipologia di frattura è relativamente frequente in quegli sport che utilizzano un attrezzo con impugnatura (golf, baseball, tennis). È, di solito, di facile diagnosi e quasi sempre risulta necessario l'intervento chirurgico che di solito risolve bene il problema. Un trauma acuto può provocare anche quella che comunemente viene considerata la "*distorsione di polso*".

È facile che ciò si verifichi quando la faccia del bastone non si trova "square" all'impatto con la palla. In queste

condizioni, anche i polsi non si trovano nella posizione di massima stabilità (*non sono carichi*), e quindi, se si impatta con il terreno, è facile che i polsi subiscano una violenta decelerazione e rotazione che porta alla distorsione. Le strutture che in questi casi hanno la peggio sono i legamenti del polso o la Fibrocartilagine Triangolare (TFCC), che è una struttura paragonabile al menisco del ginocchio (fig. 1).

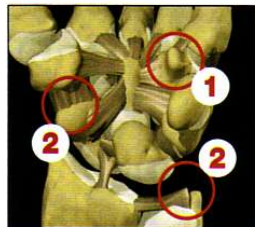


Fig 1: le ossa e i legamenti profondi del polso visti dal lato palmare.

- 1- Apofisi unciforme dell'uncinato.
- 2- Legamenti del polso.
- 3- Fibrocartilagine triangolare.

Le lesioni traumatiche dei legamenti del polso, in assenza di fratture, sono lesioni che dopo un inizio importante, dominato dal dolore, dal gonfiore e dall'impotenza funzionale, trattate con riposo, immobilizzazione e comuni farmaci antinfiammatori, tendono a migliorare tanto da dare l'impressione della risoluzione. Se mi sconosciute però, dopo la ripresa dell'attività ricominciano a farsi sentire in quanto lasciano come esiti una instabilità di polso. Da ciò si evince che è assolutamente decisiva una corretta e precoce diagnosi della lesione per potervi porre rimedio chirurgicamente il più

presto possibile. Oggi con l'ausilio dell'artroscopia di polso è possibile evidenziare e riparare queste lesioni con la massima precisione e il minimo danno chirurgico.



Fig. 2: la zona d'impatto fra il manico dello shaft e il polso.

Le **patologie da sovraccarico** sono la conseguenza di *microtraumi e di azioni ripetitive e protratte nel tempo di atti motori ciclici che, per durata ed intensità, superano la resistenza dei tessuti e la loro possibilità di adattamento*. Rivestono sicuramente la parte più cospicua delle patologie del polso che possono affliggere un golfista, in quanto in questo sport la gestualità è molto ripetitiva. Quando una struttura è sottoposta ad uno stress superiore alle sue capacità di resistenza, soprattutto se questo avviene continuamente nel tempo, la struttura stessa va in "riserva", e quindi con facilità si ammala. Cause scatenanti queste patologie sono dovute a numerose ripetizioni di un gesto, a una postura scomoda e inadeguata, all'utilizzo di una forza elevata, a vibrazioni. Un esempio caratteristico di patologia da sovraccarico è rappresentata dall'*epicondilita* (tennis elbow). Primi, fra tutte le strutture del polso, a soffrire di questi problemi sono i tendini. Le tendiniti sono *infiammazioni acute* dei tendini.

Prendiamo come esempio una caratteristica tendinite del polso: la *tendinite di De Quervain* che interessa l'abdotto lungo e l'estensore breve del pollice. Questi due tendini scorrono all'interno di una guaina molto rigida alla base del pollice dal

lato del dorso. Se per le ragioni prima esposte, questi tendini si infiammano, aumentano il loro spessore e quindi, durante i movimenti, strofineranno continuamente contro la loro guaina, provocando dolore intenso ed impotenza funzionale. In questa fase ancora reversibile di patologia, spesso è sufficiente interrompere l'attività e ricorrere ai comuni antinfiammatori, al riposo e a procedure fisioterapiche per ottenere una risoluzione completa del problema. Se invece si persiste nell'attività e quindi si mantengono le cause dell'infiammazione, lentamente il tendine comincia a soffrire nella sua struttura e degenera. Perde di elasticità, progressivamente le sue fibre vengono sostituite da tessuto fibroso e possono comparire delle calcificazioni nel suo contesto. In questa fase, che noi definiamo *tendinopatia cronica*, non c'è più nessuna possibilità di guarigione spontanea. Non è più sufficiente il riposo e la terapia farmacologica. Bisogna intervenire con trattamenti mirati come la terapia con onde d'urto che stimola la rivascolarizzazione del tendine e il riassorbimento di eventuali calcificazioni. Se non si dovesse riuscire con tali terapie, inizia ad essere indicato il trattamento chirurgico. Qualora si perseverasse nello sforzo senza prendere alcuno dei precedenti rimedi descritti, la storia naturale finisce con la rottura del tendine che porta inevitabilmente ad un intervento chirurgico di ricostruzione.

Per concludere è necessario prepararsi atleticamente e tecnicamente, con un lavoro costante e non troppo intenso.

LE VOSTRE DOMANDE

Continua la collaborazione instaurata fra l'Associazione Italiana Medici Golfisti e Golf & Turismo. Se avete quesiti da formulare inviateli a: "La Stanza del Medico" c/o Golf & Turismo, via Winkelmann 2, 20146 Milano. Per chi usa il "web", l'indirizzo e-mail è invece redgolf@publimaster.net