

Clinica e trattamento delle lesioni del polso e della mano nel basket

Martelli G., Medico Sociale Fontanafredda Mens Sana Siena

Nel basket tutti i giocatori devono eseguire numerosi gesti tecnici specifici che richiedono l'uso di entrambe le mani, quali palleggio, tiro, ricezione della palla, passaggio. Ciascun giocatore ha un contatto costante con la palla e ciò richiede movimenti fini delle dita e del polso tali da rendere difficile l'uso di presidi di contenzione efficaci che ne garantiscano una protezione costante. Per tale motivo. Il gioco moderno poi è molto rapido e si basa su continui cambi di direzione, senso e velocità, tali da rendere uno sport che storicamente era definito di non contatto, in una attività complessa, con grandi possibilità di contatto e di scontro fisico, specie entro l'area dei tre secondi, che ne moltiplicano le possibilità di traumi in generale. Uno studio su atleti professionisti americani dell'NBA (National Basket Association) effettuato nel corso di diverse stagioni ha mostrato che i traumi dell'arto inferiore rappresentano oltre il 50% degli incidenti di gioco, ma anche che l'arto superiore presenta un'importante incidenza di traumi che raggiunge quasi il 20% del totale. L'Associazione Italiana Medici del Basket, che raccoglie i medici sociali delle squadre professionistiche del Campionato Italiano, ha di recente effettuato uno studio sull'evoluzione epidemiologica dei traumi nel basket moderno, da cui emerge un significativo aumento degli infortuni, quantificabile entro il 10-20% nelle ultime stagioni, che è stato da molti ascritto all'effettivo aumento del numero degli impegni agonistici nel corso della stagione sportiva. E' però evidente che non si tratta solo dell'equivalenza più partite-più traumi: l'aumento della velocità del gioco e del numero dei contatti gioca sicuramente un ruolo importante nella genesi infortunistica e per il contenimento di tali dati in crescita un ruolo decisivo potrebbe essere svolto dalla prevenzione. Questo se per l'arto inferiore, di per sé maggiormente esposto nell'epidemiologia traumatica del giocatore di basket, è stato in qualche modo tentato di fare con l'uso sempre più diffuso di taping, ortesi e plantari, presidi questi che limitano o riducono la gravità dei traumi alla caviglia e al ginocchio, per l'arto superiore la questione appare di più difficile soluzione. Questo perché l'unione fra le scarse possibilità di protezione con le molteplici variabili di forze in gioco, che esplicano sulla mano un'azione coinvolgente nei gesti specifici, rende l'infortunio al polso e alla mano un incidente di discreta frequenza nel cestista di qualsiasi livello ma di altrettanto difficile previsione. Un altro problema è poi il fatto che nei traumi dell'arto superiore la gravità viene spesso sottovalutata sia dall'atleta che dagli operatori sanitari, anche se è noto che i risultati a lungo termine possono essere anche seriamente invalidanti. La minimizzazione dell'importanza dell'incidente del polso o della mano dipende spesso dal fatto che tali traumi non provocano quasi mai un'effettiva difficoltà alla prosecuzione dell'attività, in quanto che essi possono coinvolgere piccole articolazioni o l'arto non dominante e per tale motivo diagnosi e terapie efficaci vengono spesso rinviate nel tempo. La mancata esecuzione di un corretto approccio terapeutico e riabilitativo può incidere gravemente sulla prognosi e lasciare conseguenze invalidanti, i cui esempi fanno parte della pratica quotidiana. La diagnosi si basa di solito sull'esecuzione dell'esame radiografico, corredato eventualmente da altre indagini strumentali, e la terapia è effettuata di solito utilizzando presidi di contenzione o immobilizzazione della parte infortunata, oltre che le routinarie terapie antiinfiammatorie e fisioterapiche. La ripresa dell'attività agonistica viene effettuata di solito in tempi abbastanza brevi, viste le esigenze di campionato e la relativa consuetudine con cui l'atleta convive con incidenti più o meno gravi specie della mano. Per quanto riguarda invece i traumi distorsivi del polso, quasi sempre in relazione ad appoggi bruschi della mano sul terreno in fase di caduta, l'evento più frequente da temere per gravità e complicità è la frattura dello scafoide, problema spesso di difficile diagnosi e di terapia ortopedica abbastanza discordante fra le varie scuole di pensiero. Vista la relativa frequenza di questo infortunio, è sempre consigliabile eseguire la radiografia dopo alcuni giorni dal trauma e magari far fare più controlli successivi, in presenza di sintomatologia dolorosa che non recede ai trattamenti standard e rende l'atleta insicuro in tutte le fasi del gioco (ricezione e trattamento di palla, tiri).

In conclusione, dal punto di vista medico-sportivo, specie per atleti praticanti basket ad alto livello, è quindi sempre preferibile, in occasione di un trauma del polso e della mano, anche di apparente lieve entità, eseguire indagini diagnostiche attente ed instaurare al più presto idonee terapie, cercando di prolungare il più possibile il periodo di sospensione dell'attività sportiva agonistica e facendo nel contempo eseguire una riabilitazione adeguata e personalizzata.

Bibliografia essenziale

1. Wilson, R.L., McGinty, L.D., Common hand and wrist injuries in basketball players. In: Steingard, P.M. Clinics in sports medicine. Basketball injuries. Saunders, Philadelphia, 1993, pp. 265-291.
2. Hickey, G.J., Fricker, P.A., McDonald, W.A., Injuries to young female basketball players over a six-year period. Clin. J. Sports Med. 7: 252-256, 1997.
3. Kunkel, S.S., Basketball injuries and rehabilitation. In: Buschbacher, R.M., Braddom, R.L. Sports medicine and rehabilitation: a sport-specific approach. Hanley & Belfus, Philadelphia, 1992, pp. 95-109.
4. Benelli, P., Martelli, G., Evoluzione epidemiologica dei traumi nel basket moderno. In: Zeppilli, P., Ferrantelli, D., Amadio, E., Picani, C. Aspetti tecnici, fisiologici e medici del basket moderno. CESI, Roma, 1996, pp. 67-77.

Riferimento:

Martelli G., Clinica e trattamento delle lesioni del polso e della mano nel basket. Atti da "VIII° Congresso Nazionale di Fisioterapia e Riabilitazione dello Sport", Gaeta 1998, p. 16.