

Quando concedere la ripresa nello sport professionistico: lo sciatore agonista.

H. Schönhuber, R. Leo

Commissione Medica Federazione Italiana Sport Invernali

Il 74% dei traumi nello sci alpino agonistico dal 1980 al 2000 sono traumi distorsivi. Di questi traumi distorsivi il 60% sono lesioni a carico del legamento crociato anteriore. Pertanto si può affermare che lo sci agonistico è uno sport ad alto rischio di rottura del LCA.

Le cause di questa lesività elevata derivano in grande misura dagli errori di tecnica dipendenti dalla alta velocità e dai materiali.

Fino al 1999 per la ricostruzione del LCA è stata prevalentemente utilizzata la tecnica con il prelievo del terzo centrale del tendine rotuleo. Solo dal 1999, con l'avvento di una fissazione a nostro parere più sicura a livello femorale, è stato utilizzato anche in qualche atleta il semitendinoso e gracile duplicati. Dalla metà degli anni '90 per gli atleti operati di ricostruzione del LCA abbiamo utilizzato un protocollo riabilitativo più aggressivo rispetto al passato, secondo le linee guida indicate da Noyes e Shelbourne. Dal '98, visti gli ottimi risultati in termini di ripresa funzionale, per recuperare precocemente il controllo neuromuscolare propriocettivo, abbiamo pensato di introdurre, durante la fase rieducativa, la ripresa dello sci in campo libero in condizioni ottimali (ridotta pendenza, buone condizioni di neve) dopo che l'atleta ha raggiunto i seguenti obiettivi:

- Schema del cammino recuperato
- No dolore a riposo e al cammino e alla corsa lenta su treadmill
- No gonfiore
- ROM completo
- Test isometrico quad. > 70% del controlaterale.

In genere questi obiettivi vengono raggiunti tra il 2° ed il 3° mese. L'attività agonistica viene normalmente concessa tra il 5° ed il 6° mese, tempo sufficiente per una soddisfacente integrazione del trapianto e per un soddisfacente recupero neuromuscolare.
