

Super Tennis

MAGAZINE

IL MENSILE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA TENNIS FIT

11

11 • Novembre 2006

**BRACCIO,
L'AMMAZZAFRANCESI**

FIT
FEDERAZIONE
ITALIANA
TENNIS

Australian

**VIAGGIO TRA I NOSTRI CONNAZIONALI
CHE LAVORANO NEL CIRCUS**

**ITALIAN POWER
NEL TENNIS MONDIALE**

POSTE ITALIANE SpA
D.L. 35/1990
(Conv. in Legge 27/02/94 n. 45)
Art. 1, Comma 1 - D.C.B. Roma

www.federtennis.it



Le discopatie della colonna dorsale

Molti lettori ci chiedono notizie riguardanti una patologia frequente e fortemente invalidante l'attività sportiva a vario livello: le discopatie.

di Pier Francesco Parra

Il disco intervertebrale è composto da un compartimento centrale (nucleo polposo) e da uno esterno (anulus fibroso) che a sua volta è costituito da una porzione interna a limite indistinto con il nucleo polposo ed una esterna le cui fibre costituiscono le fibre di Sharpei che formando una corona più spessa anteriormente ne assicurano una notevole resistenza alle forze di trazione.

Le principali costituenti del disco sono l'acqua che nel soggetto giovane raggiunge il 90% nel nucleo e l'80% nell'anulus, oltre a macromolecole microproteiche e collagene in percentuali variabili nei diversi compartimenti.

Col passare dell'età e favorita da traumi e microtraumi ripetuti, si assiste ad una progressiva degenerazione del disco cioè ad un disordine strutturale con un'alterazione delle proprietà biochimiche con una proporzionale riduzione del contenuto idrico, soprattutto nel nucleo polposo.

Tale diminuzione dell'idratazione comporta vari disordini strutturali quali diminuzione del volume dell'altezza del disco, comparsa di convessità circonferenziale, invaginazione delle fibre dell'anulus fibroso esterno, fessurazione delle fibre dell'anulus fibroso nell'ambito delle quali si può sviluppare col tempo un tessuto di granulazione ipervascolarizzato e quindi un tessuto cicatriziale.

In condizioni normali si verificano variazioni del contenuto idrico del disco legate alla postura: infatti nel dinostatismo cioè nello stare sdraiati a letto aumenta la capacità di fissare l'acqua e di conseguenza si assiste ad un aumento di volume del disco stesso; viceversa nell'ortostatismo cioè nello stare in piedi, per effetto stesso del peso corporeo si verifica una spremitura delle molecole d'acqua dal nucleo polposo verso il corpo vertebrale. Tale carico è più significativo man mano che ci si avvicina al sacro. È stato dimostrato che le sollecitazioni meccanico-pessorie esercitano uno schiacciamento ed allargamento del disco minore rispetto a quello degenerato e che inoltre il disco degenerato non riacquisterà completamente il suo iniziale spessore una volta rimosso il carico.

Il disco pertanto va incontro ad un invecchiamento degenera-

tivo. È vero comunque che le modificazioni posturali sono variabili da persona a persona secondo le peculiarità di ogni singolo rachide.

DISCOPATIA DEGENERATIVA

Con questo termine o altri sinonimi quali discoartrosi o bulging discale o protrusione discale diffusa, s'intende una salienza dell'anulus fibroso estesa a tutta la sua circonferenza che si realizza a partire da una disidratazione del nucleo polposo che provoca a sua volta una diminuzione in altezza del disco.

Il risultato è che l'anello fibroso, divenuto troppo lungo rispetto ad un ridotto spazio intervertebrale, deborda a formare una salienza circonferenziale simmetrica.

Difficilmente tale patologia da sola è in grado di provocare un conflitto disco-radicolare, ma ciò diventa possibile se pur raramente allorché altri fattori concorrono a restringere lo spazio intorno ad una radice.

PROTRUSIONE DISCALE

Con tale termine si definisce una salienza localizzata (focale) nel profilo di un disco colpito da fenomeni degenerativi, formatasi per il cedimento, senza rottura, delle fibre che lo contengono.

Tali patologie danno luogo a seconda della sede a manifestazioni di cervicobrachialgia, lombocuralgia, lombosciatalgia con episodi meno violenti di quelli dovuti ad ernie, ma pur sempre indicativi di probabile patologia discale.

ERNIA DEL DISCO

Con tale termine s'intende una fuoriuscita del materiale del nucleo polposo del disco, causata dalla rottura delle fibre dell'anulus fibroso che formano la parete del disco stesso.

Questo materiale viene quindi a contatto nel canale vertebrale, con le strutture nervose radicolari ma anche midollari (specie nel tratto cervicale e dorsale) a seconda del livello interessato ed è responsabile dei quadri clinici di radicolopatie e mielo-radicolopatie.

La diagnosi di tali lesioni oltre che clinica, è sempre data da attenti esami radiologici (TAC, TAC spirale, RNM).

TRATTAMENTO DELLE DISCOPATIE CON FP3 SYSTEM

La nuova metodologia laser di potenza effepitre, data le sue caratteristiche peculiari e le strutture composte prevalentemente da acqua site in profondità, permette di avere significativi risultati nelle varie forme di discopatia senza che si provochino quelle reazioni radicolari acute osservate in molti casi ad esempio con il Neodimio-Yag defocalizzato.

È chiaro che il trattamento è volto a realizzare una azione antinfiammatoria efficace in profondità e una neoangiogenesi significativa in modo di poter rimuovere il più possibile gli effetti compressivi. ■

Il dottor Francesco Parra è a disposizione dei lettori di "SuperTennis" e di tutti i tesserati della FIT per rispondere a specifici quesiti e ad argomenti di particolare interesse. Inviare le vostre e-mail a comunicazione@federtennis.it