

## **LE LESIONI MUSCOLO-SCHELETRICHE NEL MARATONETA**

**Dott. Marco Berlusconi**

Nella maratona viene esasperata la tolleranza al carico delle componenti muscolotendinee degli arti inferiori. La biomeccanica del gesto atletico ripetuto ciclicamente per un lungo periodo di tempo (variabile a seconda del livello di prestazione) richiede una costituzione muscoloscheletrica il più possibile perfetta. Alterazioni anatomiche dei diversi segmenti dell'apparato locomotore, alterazioni nella biomeccanica articolare, difetti tecnici, alterazioni degenerative articolari legate all'età media, in genere elevata, dei maratoneti, portano a patologie da sovraccarico che richiedono, spesso, tempi lunghi di guarigione. Talora l'atleta deve ritirarsi.

Le patologie più frequenti sono a carico della colonna lombare, dell'anca, del ginocchio e del piede. Le discopatie degenerative lombari hanno come fattore patogenetico un impoverimento del contenuto acquoso a livello del disco intervertebrale, che comincia a diventare sintomatico (dolore). Il microtrauma ripetuto su un disco degenerato può far progredire la degenerazione fino a creare erniazioni del disco e compressioni delle radici nervose (lombosciatalgia). Non è sicuro che un disco sano si possa ammalare a causa di un allenamento per corse di lunga durata, ma il dato epidemiologico certo è che il maratoneta con lombalgia, ne riferisce l'insorgenza dall'inizio degli allenamenti.

Coxalgie (dolore inguinocrurale) e gonalgie (dolore al ginocchio) aspecifiche in maratoneti over 40 hanno come substrato alterazioni cartilaginee degenerative artrosiche, dell'anca e del ginocchio, che diventano sintomatiche a causa del superlavoro ammortizzante effettuato durante gli allenamenti.

Il dolore laterale di ginocchio, il dolore al tallone, il dolore all'avampiede sono entità cliniche ben studiate e ben caratterizzate che hanno come fattore eziopatogenetico prevalente un difetto nella biomeccanica articolare durante la corsa.

Entesite della bendelletta laterale del ginocchio; fascite plantare; metatarsalgia; sono fenomeni infiammatori tendinei o articolari che insorgono in atleti con alterazioni anatomiche del piede (piede cavo o piatto) ed in particolare in un eccessivo o scarso meccanismo ammortizzante (pronazione o supinazione) del peso corporeo nella fase di appoggio al terreno durante la corsa.

La terapia ideale sarebbe la correzione della biomeccanica alterata. Ma, dal momento che non è possibile una correzione della struttura scheletrica adulta con metodiche incruente, spesso la terapia è solo sintomatica (mira a risolvere l'infiammazione insorta) e si basa su mezzi fisioterapici (laser, ultrasuoni, magnetoterapia, ecc), riequilibrio muscolare, riposo, plantari o tutori ortopedici, e sulla prevenzione.

La figura dell'allenatore è fondamentale nella prevenzione degli infortuni, in quanto deve essere in grado di programmare un allenamento specifico per il singolo atleta. Devono essere corretti i difetti tecnici, deve essere effettuato un controllo del riscaldamento preallenamento, dello stretching, dei tempi durante le ripetute, dei "lunghi" (che spesso sono effettuati in periodi troppo ravvicinati) e deve essere consigliato il tipo di calzatura idoneo.

Infine ci sono le lesioni durante la gara vera e propria. Queste sono lesioni legate all'affaticamento propriocettivo articolare che insorge dal 30° chilometro. L'atleta perde la capacità di avvertire ed ammortizzare asperità del terreno, dislivelli del marciapiede o cambiamenti di direzione (curve o sorpassi da parte di altri maratoneti) e si procura distorsioni di caviglia e ginocchio con conseguente impossibilità a proseguire la gara. Il trattamento di queste lesioni non differisce dal trattamento standard effettuato negli altri sport (immobilizzazione con bendaggio).