

Le cure termali di Acqui nella patologia da sport

Autor(en): **Ricci, Guido**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Gioventù e sport : rivista d'educazione sportiva della Scuola federale di ginnastica e sport Macolin**

Band (Jahr): **39 (1982)**

Heft 5

PDF erstellt am: **11.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1000393>

Nutzungsbedingungen

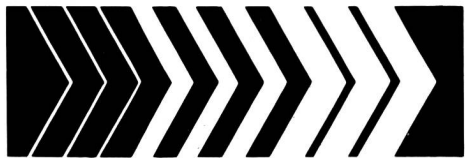
Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



Le cure termali di Acqui nella patologia da sport

dott. Guido Ricci
Direttore Sanitario

Centro Studi di Reumatologia e Fangoterapia delle Terme Demaniali di Acqui

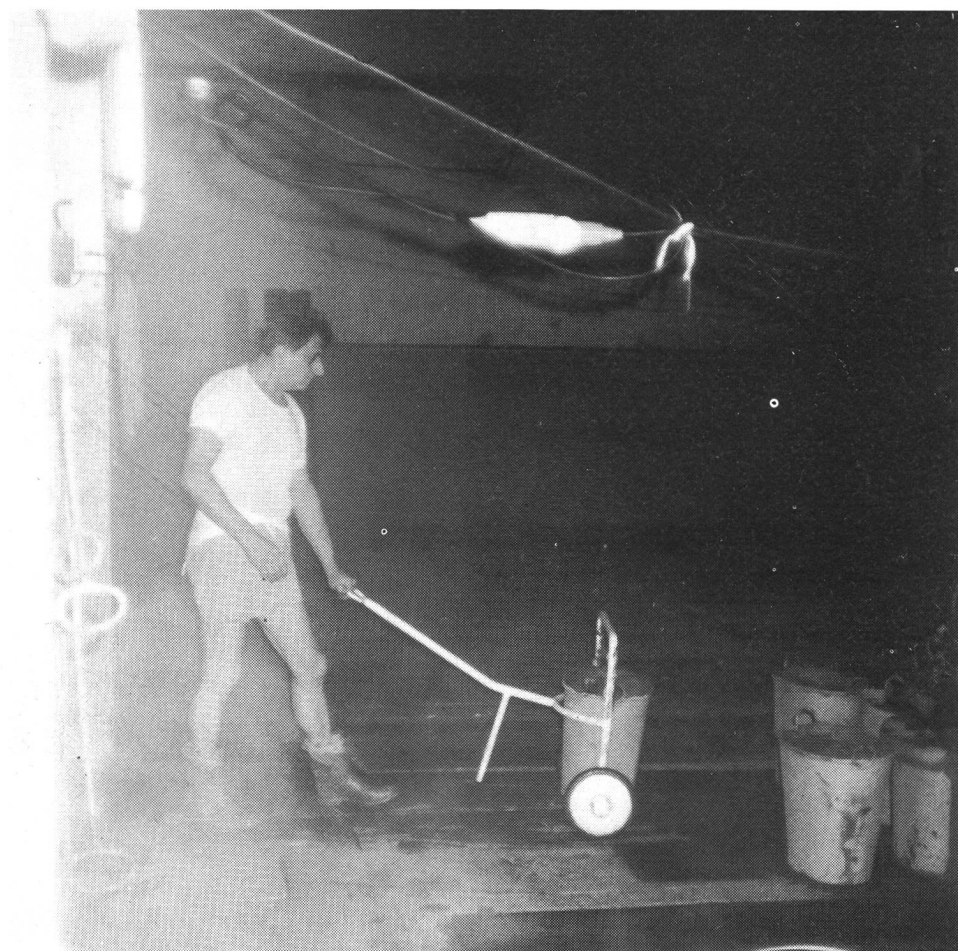
Sono a tutti ben note, oramai, le nefaste conseguenze della sedentarietà e, per contrasto, i benefici effetti di una sana, graduata, costante attività fisica sono sotto gli occhi di tutti.

Attività che non trova nemmeno limiti nell'età del paziente che vi si dedica, con l'ovvio sottinteso di non richiedere all'organismo delle prestazioni esorbitanti dalla sua fisiologia; in questo ambito però, una sana attività fisica assicura la normalizzazione di numerosi metabolismi e quindi il miglioramento in toto dell'organismo, passando attraverso alla riduzione ponderale, alla correzione di eventuali dismetabolismi presenti o latenti (stati pre-

diabetici o iper-uricemici o dislipidemici) e così via.

Sappiamo così che, alla precisa condizione che quando si sia smessa l'attività sportiva a livello agonistico si continui in una certa attività fisica e contemporaneamente si adegui la dieta alle ridotte richieste energetiche (è questo un momento delicatissimo, dal punto di vista metabolico, per l'ormai ex-atleta), sappiamo, si diceva, che l'attività fisica ben condotta è in grado di consentire un'esistenza di maggior durata e, altrettanto importante, in migliori condizioni.

Questa migliore «qualità» della vita dello sportivo si esprime, rispetto al sedentario,



Famoso in tutto il mondo: il fango clorurato-sulfureo oligo-minerale con molto idrogeno di emanazione. È quello di Acqui Terme.

attraverso un'infinità di parametri che vanno dall'assenza o dalla correzione di paramorfismi fino alla migliore capacità digestiva o respiratoria, da un ottimale rapporto peso/altezza ad una più corretta funzionalità renale (basti pensare, ci assicura il Sirtori, che lo sportivo accusa la presenza di calcolosi renale in una proporzione 8 volte minore rispetto al sedentario).

C'è dunque accordo unanime nel considerare ottimale la condizione psico-fisica dello sportivo e nell'auspicare per tutti (ognuno entro i propri limiti, che devono essere ben conosciuti) una certa attività fisica capace di aumentare le prestazioni dell'organismo e quindi anche di potenziare le resistenze all'evento morboso (classicamente rappresentato, nei confronti dell'adulto e del maturo, dalla patologia cardiovascolare).

Tutte cose ovvie, com'è altrettanto ovvio che la pratica sportiva può presentare accanto agli indubbi aspetti positivi già illustrati un risvolto negativo sul quale vorremmo soffermarci.

Questo risvolto negativo è il prezzo che deve essere pagato al benessere psico-fisico ed è rappresentato prevalentemente dalla traumatologia da sport, intesa sia in senso macroscopico (contusioni, fratture, strappi, ecc.) che in senso microscopico (successioni di microtraumi).

Non insisteremo tanto sull'evenienza traumatica acuta (la frattura, la lesione capsulo-legamentosa o tendinea improvvisa, ecc.) quanto invece sulle lesioni croniche «determinate dall'iperuso funzionale e dai microtraumatismi ai quali gli atleti sono sottoposti. L'insieme di questi fattori anticipa, in un certo senso e per alcune strutture (cartilagini articolari, ad esempio), i fenomeni degenerativi cronologicamente legati all'età». (Santilli e Vennerando.)

Tipici esempi di lesione cronica sono, ad esempio:

- per il calcio: la sindrome pelvi-artrosica anteriore, l'olecranopatia dei portieri, la tibia rugosa, ecc.;
- per il tennis: l'epicondilite del gomito da tennis, la talalgia;
- per l'atletica leggera: il «piede da marcia», le tendiniti dell'achilleo, del rotuleo, dei flessori plantari, ecc.

Si segnalano inoltre lesioni croniche abbastanza frequenti nella ginnastica artistica, nel basket, nella boxe, nel rugby mentre praticamente esente da lesioni traumatiche croniche appare il nuoto.

Per definire queste lesioni, nel campo specifico della Medicina dello Sport, si è imposto il termine di «atlopatie», mentre è ovvio sottintendere che, dal punto di vista della patologia generale, esse rientrano nel vasto campo delle «artropatie post-traumatiche».

Siano comunque, queste lesioni, esiti a distanza di traumi acuti o espressione tipicamente cronica di microtraumi ripetuti, a nostro avviso si tratta di sindromi anatomo-patologiche e cliniche non facilmente inquadrabili dal punto di vista nosografico, rappresentando esse essenzialmente il momento patologico successivo al trauma, ma preliminare, il più delle volte, nei confronti dello stato pre-artrosico e della vera e propria artrosi secondaria che ne sarà la fatale evoluzione.

Quale movente, in questi pazienti, scatena l'avvio del processo artrosico e ne scandisce, eventualmente, il ritmo evolutivo?

Da ricerche di Ballabio e Scuola risulta che qualunque situazione patologica caratterizzata da immissione in circolo di enzimi liso-somiali autologhi determina un danno della cartilagine articolare; il microtrauma accelera ed aggrava le le-

sioni cartilaginee: evidentemente la cartilagine impoverita in proteoglicani ha una ridotta capacità funzionale per cui risente maggiormente degli insulti traumatici.

Non è inverosimile supporre che in condizioni di sovraccarico e/o di incongruenza articolare le cellule cartilaginee possano andare incontro a fenomeni di sofferenza, con possibile fuoriuscita di enzimi lisosomiali, dando così inizio alla degradazione della matrice (artrosi secondaria).

Da un punto di vista teorico e puramente speculativo sembra dunque che l'evento traumatico, in molti casi di traumi di modesta entità, venga declassato da primum movens di tutta la patologia articolare post-traumatica a semplice liberatore di proteasi lisosomiali; da questo momento, l'evoluzione della lesione articolare sarà autonoma ed in un certo senso «sganciata» dall'evento iniziale.

Una volta avviato, il processo sembra infatti capace di proseguire con un meccanismo di automantenimento: le alterazioni della sinovia, della lamina splendens, i turbamenti nutritivi, sono tutti fattori capaci di fornire in loco quei sistemi enzimatici che mantengono la situazione degenerativa ed avviano le reazioni flogistiche (Ballabio) giustificando l'aforisma di Weissmann sulla «final common pathway», sul sentiero finale comune di tutte le artropatie.

Possiamo dunque considerare, nelle lesioni croniche da attività sportiva, o atlopatie che dir si voglia, la possibilità concreta di una evoluzione, nel tempo, verso l'artrosi secondaria in cui il «sovraccarico funzionale relativo» (Boni) sarebbe rappresentato dal superlavoro di una articolazione normale o da un normale carico su un'articolazione alterata per i più vari motivi.

Esiste comunque sempre, in questi casi, un fattore meccanico che, sommandosi alle alterazioni fisiopatologiche della cartilagine, si dimostra capace di evocare su base neuro-distrofica riflessa (secondo le ben note teorie di Lunedei) una risposta dolorosa responsabile delle contratture muscolari che vanno ad aggravare la sintomatologia e l'evoluzione della lesione iniziale.

In questo tipo di patologia, il Medico sportivo ha un suo bagaglio di esperienze terapeutiche di cui fanno parte il riposo, le opportune cure fisiche, trattamenti medicamentosi e ortopedico-chirurgici.

In questa sede vorremmo invece soffermare la nostra attenzione su un ulteriore presidio terapeutico che non sempre è apprezzato in tutto il suo valore, per quanto il ricorso ad esso, pure se occasionale e non razionalizzato, sia tutt'altro che infrequente.

Vogliamo alludere alle cure termali fango-balneo-terapiche.

Sappiamo dunque che a livello articolare si instaura un circolo vizioso che, partendo dalla *lesione cartilaginea iniziale*, passa



Una delle palestre per la chinesiaterapia.

al dolore, alla *contrattura muscolare*, ed infine a *turbe vascolari e trofiche* che vanno ad aggravare ulteriormente la iniziale sofferenza cartilaginea, saldando così il cerchio.

Esaminando le varie tappe di questo circolo vizioso si vedrà che per ogni singolo fattore è possibile intervenire con le cure termali e segnatamente con la fangoterapia sulfureo-salsa, interrompendo il circolo a più livelli.

È risaputo infatti che la fangoterapia, pur presentando ancora zone di penombra in quella che è l'esatta definizione del suo meccanismo d'azione, esercita una serie di attività che possono essere così riassunte:

- *attività antalgica*: azione modificatrice sulle condizioni metaboliche eventualmente responsabili di situazioni algogene;
- *azione iperemizzante*, con aumentata velocità di circolo ed allontanamento dalle sedi dell'infiammazione dei cosiddetti mediatori di quest'ultima (tale azione è potenziata da fenomeni di argilla, e di tipo chimico, ad esempio l' H_2S) (Giordano);
- *azione decontratturante* sulle strutture muscolari del complesso articolare;
- *azioni proprie delle singole componenti del fango* sul trofismo delle cartilagini e dei tessuti articolari in generale.

Col progredire della tecnologia di ricerca, nuove metodologie hanno consentito a Desgrez la dimostrazione della capacità di permeabilizzazione del mantello cutaneo a diversi elementi, confermando, con l'impiego del radio-isotopo, il particolare tropismo dello zolfo per le cartilagini articolari ipotizzato da Messini oltre 40 anni fa.

E la quota organica, sempre ben rappresentata in un fango a lunghissima maturazione qual'è il fango acquese, facilita questa permeabilizzazione (Curri).

Luccherini e Schiavetti ricordavano, anni orsono, che tra le varie acque minerali, le sulfuree sono quelle che trovano una più precisa indicazione in Reumatologia, oltre che per la loro azione antispastica e sedativa, anche per un'azione eutrofica generale condizionata da vari motivi: lo zolfo è il quinto elemento fondamentale della materia vivente, compare nella maggior parte delle molecole proteiche, nella quasi totalità degli ormoni, è il componente basale dei connettivi articolari e del collagene, ha la capacità, sotto forma di H_2S allo stato nascente, di essere assorbito attraverso i tessuti cutanei e utilizzato dall'organismo sia per la ricostruzione dei complessi organici solforati che per lo svolgimento delle cosiddette «funzioni sulfuree» di cui è tipico esempio il metabolismo del glutatione.

I concetti accennati per la balneoterapia, proseguivano gli AA., valgono a maggior ragione per la fangoterapia che dimostra



una azione topica più diretta, un'azione revulsiva e diaforetica più imponente (gli ultimi contraccolpi della vasta mobilitazione di masse idrosaline cellulari ed extracellulari arrivano fino al livello mitocondriale, affermano i farmacologi), un'azione di stimolo più efficace.

D'accordo con Dolfini, potremmo considerare i fanghi come una sorta di teriaca fisico-chimica, a volte più fisica che chimica, capace di rappresentare uno stress molto complesso, risultante di innumerevoli stimoli elementari che, presi singolarmente, risultano inefficaci, sub-liminari, e che soltanto sommati nello spazio e nel tempo si potenziano sinergicamente al punto da dar luogo ad effetti manifesti e significativi.

La nostra esperienza in tema di atlopatie trattate con mezzi termali ci conferma in quelle che erano le premesse generali degli effetti della fangoterapia in Reumatologia.

La fenomenologia clinico-terapeutica correlata alla fangoterapia è vastissima e comprende punti sui quali l'accordo non è ancora totale (quando iniziare la cura termale?) ed altri in cui si è ancora piuttosto lontani da una soddisfacente definizione (qual'è il significato fisio-patologico della crisi termale?).

Fermandoci all'obiettività assistiamo però ad una *diminuzione del dolore locale*, al *miglioramento della situazione trofica* cutanea e capsulare, ad un *aumento della capacità funzionale* dell'articolazione, del tono e della validità muscolare.

Osserviamo anche il *miglioramento della funzione circolatoria locale*, la *scomparsa degli edemi peri-articolari* e dei *versamenti intrarticolari cronicizzanti*, la *regressione di flebopatie croniche post-traumatiche* (con un'azione che è stata anche da noi indagata e che si può ricondurre, grosso modo, ad un'attivazione dei fattori eparinici), fenomeni tutti che, insieme a quei fattori di stimolo trofico generale e di «ricordo dell'alterata reattività» la cui presenza nella fangoterapia sulfureo-salsa è ben nota, consentono di configurare questa cura come il trattamento fisio-patologico delle lesioni croniche da attività sportiva e, più in generale, della artrosi, sia primaria che secondaria.

Già in una ricerca di 10 anni orsono, presentata al Congresso Nazionale di Idrologia Medica (Palermo, 1968), con Mazza e Boccalatte, rimarcavamo l'incidenza della fangoterapia sull'enzimologia osteo-articolare e così concludevamo: «Queste ricerche fanno inoltre intravedere la possibilità teorica, per la terapia termale, di superare i vecchi concetti che vogliono questa terapia ancorata strettamente alla cura del danno articolare) e di allargare le proprie indicazioni alle miopatie primitive, o almeno ad una parte di esse quali, ad esempio, le miopatie da attività sportiva.» Avviandoci alla conclusione non possiamo passare sotto silenzio le nostre personali esperienze che, per quanto di valore episodico, ci sembrano tuttavia indicative: esse si rifanno ad un gran numero di atleti, dilettanti o professionisti, fra i quali particolarmente frequenti sono i calciatori, molti ancora in attività, altri già consegnati alla storia del calcio.

Fra questi risultavano spesso presenti miopatie recidivanti e le cosiddette «entopatie» o sindromi delle inserzioni osteo-tendinee (pubalgie, tendiniti, talagie, ecc.)

Limitandoci ai risultati immediati (per l'obiettiva difficoltà di osservare questi pazienti a distanza di tempo) dobbiamo dichiarare che l'esito era sempre buono, spesso lusinghiero: non poche volte, direttamente o più spesso tramite la stampa sportiva, abbiamo potuto constatare il mantenimento nel tempo di questi brillanti risultati.

Abbiamo ben presenti alcuni atleti per i quali la cura termale è diventata, sotto l'aspetto della prevenzione che qui occorre segnalare in tutta la sua importanza, un'abitudine mantenutasi per anni, durante il periodo estivo di riposo.

Riteniamo che questa lodevole abitudine, finora mantenutasi al livello dell'iniziativa personale, debba essere sistematizzata e generalizzata proprio per assicurare da una parte l'optimum delle condizioni e quindi delle prestazioni dell'apparato locomotore e, in prospettiva, una più favorevole evoluzione nel tempo delle lesioni croniche legate alla pratica agonistica. I presupposti teorici e pratici ci sono tutti.