

ORT^hOPEDIKA
The Journal of Orthopaedic Surgeon

presenta

Speciale Epicondilite

OLTRE L'INFIAMMAZIONE C'È DI PIÙ



*Realizzato con la consulenza del dottor Andrea Miti,
Direttore del reparto di ortopedia e traumatologia
dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre (VE)*



L'epicondilite, o **“gomito del tennista”**, in realtà colpisce spesso soggetti che non giocano a tennis. Un lavoro che richiede movimenti di flesso-estensione del polso o delle dita come potare una siepe o avvitare un bullone può causare una epicondilite e si è recentemente notata una maggiore incidenza anche in persone che usano molto il computer.

L'epicondilite, più che un'infiammazione, è una degenerazione dei tendini estensori del polso e delle dita della mano che si inseriscono sull'epicondilo dell'omero che è una sporgenza ossea che si osserva e si può palpare lateralmente nel gomito.

Il dolore è dato dalla presenza di tessuto di granulazione e quindi una degenerazione delle fibre tendinee; questo è il motivo per cui il disturbo tende a protrarsi nel tempo e i farmaci antiinfiammatori hanno scarso risultato.

Il dolore si sviluppa in due fasi

A volte si associa dolore alla parte interna del gomito (epitrocleeite), alla spalla e al polso per una sindrome del tunnel carpale.

L'epicondilite viene avvertita come un dolore sulla parte laterale del gomito dove si inseriscono i tendini che fanno estendere il polso e le dita della mano.

FASE INIZIALE

- 1** Dolore nell'uso dell'avambraccio e della mano, in particolare quando vengono afferrati e sollevati degli oggetti, ma anche aprire una porta o versare dell'acqua da una bottiglia possono diventare azioni molto dolorose
- 2** È importante non sottovalutare la comparsa del dolore in questa fase perché, nel tempo, diventa più intenso e si irradia alla mano e alla spalla
- 3** È questo il momento giusto per rivolgersi ad uno specialista esperto e avere la diagnosi corretta

FASE INTERMEDIA

- 1** Il dolore si manifesta anche a riposo con sensazione di bruciore e fitte
- 2** Il dolore è presente anche durante la notte
- 3** Si tratta di un dolore molto intenso che risponde poco, o per brevi periodi, alla terapia con farmaci antiinfiammatori
- 4** Il dolore può essere così intenso da modificare le abitudini del paziente fino a limitarne le attività, sia lavorativa che sportiva o anche quella di tutti i giorni
- 5** Ogni movimento del braccio e della mano stimola il dolore. In particolare tutti i movimenti che richiedono l'apertura e la chiusura del pugno per afferrare oggetti diversi provocano dolore come sollevare una semplice busta della spesa, aprire una porta, sollevare una bottiglia o un bicchiere d'acqua, stringere una mano



GOMITO DEL TENNISTA: 7 CONSIGLI DI PREVENZIONE DAGLI ESPERTI

I consigli di Andrea Miti, Direttore del reparto di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre (VE)

- 1** Effettuare una attività fisica che mantenga l'articolazione in esercizio senza sforzarla eccessivamente soprattutto "a freddo"
- 2** Correggere gli errori di tecnica nello sport preferito, scaldando preventivamente la muscolatura dell'arto superiore ed eseguendo esercizi di stretching moderato e cercando di rilasciare la muscolatura dopo ogni esercizio
- 3** Evitare l'eccessivo stress sul lavoro causato da movimenti ripetuti alternando l'uso delle braccia e facendole riposare alternativamente
- 4** Eseguire degli esercizi di rinforzo progressivo e di stretching dei muscoli dell'avambraccio, flessori ed estensori del polso e della mano
- 5** Eseguire dei corretti esercizi di mobilizzazione del gomito
- 6** Evitare irritazioni e traumi anche modesti proteggendo l'articolazione sul luogo di lavoro soprattutto con delle gomitiere, se si è costretti a lavorare in spazi ristretti, dove è più facile urtare il gomito contro strutture rigide, evitando in tal modo anche le possibili recidive
- 7** Iniziare o riprendere attività sportive progressivamente dando modo alla muscolatura di adattarsi lentamente, soprattutto anche per evitare recidive



EPICONDILITE, LA VERA TERAPIA È IL RIPOSO E IL CAMBIAMENTO DI ABITUDINI

Prima di trattare l'epicondilite è necessario escludere altre cause con sintomi uguali o molto simili. Infatti, all'inizio e senza esami specifici, non è sempre facile escludere altre patologie come, ad esempio, un intrappolamento del nervo radiale nell'avambraccio, patologie dell'articolazione del gomito come l'artrosi oppure una instabilità laterale del gomito.

Anche una sublussazione del tricipite o una irritazione del nervo cutaneo laterale dell'avambraccio danno sintomi che possono esser confusi con un'epicondilite.

“Nella mia esperienza di ortopedico, sono pochi i casi che hanno richiesto il trattamento chirurgico e in alcuni casi si trattava di reinterventi per “recidive” dove la prima diagnosi non era stata corretta. Il riposo, soprattutto evitando i movimenti a rischio e l'assunzione di farmaci antiflogistici, di norma risolvono la sintomatologia. Quando il dolore dura ormai da tempo, io pratico una singola infiltrazione locale di cortisonici con anestetico che può dare sollievo e a volte risolvere completamente il dolore. Resta che ogni terapia è un aiuto, mentre il riposo rappresenta la vera cura soprattutto nelle fasi iniziali della malattia”.

3 STEPS VERSO LA DIAGNOSI

1.



ESAME CLINICO

la visita con uno specialista esperto, è il primo passo e anche il più importante

2.



RADIOGRAFIA

va sempre eseguita per escludere altre patologie come l'artrosi o la presenza di calcificazioni

3.



ECOGRAFIA E

RISONANZA MAGNETICA
possono aiutare nella diagnosi ma non sono sempre indispensabili, soprattutto se l'esame clinico è stato accurato

- l'epicondilitite è una patologia che ha un suo decorso naturale e tende a migliorare spontaneamente anche se non sempre giunge a guarigione completa
- la diagnosi corretta è importante e deve escludere altre cause di dolore
- non esiste un trattamento standardizzato ma una personalizzazione delle cure
- di fondamentale importanza è il riposo evitando di ripetere quei movimenti che causano dolore, soprattutto sul lavoro
- i farmaci antiinfiammatori non steroidei e gli analgesici possono ridurre il dolore

- la terapia fisica è anch'essa di aiuto nel ridurre il dolore anche associandola a sedute di stretching della muscolatura dell'avambraccio sia dei flessori che degli estensori e usando dei bracciali appositi
- le infiltrazioni locali con corticosteroidi riducono il dolore e l'infiammazione anche se non sempre nell'immediato, mentre i concentrati piastrinici (PRP) sembra abbiano un ruolo nella riparazione del danno anatomico

- la chirurgia deve essere presa in considerazione solo dopo un congruo periodo di trattamento conservativo e soprattutto di astensione da attività a rischio e quando il dolore limita le attività del paziente

- i tempi di trattamento e recupero sono comunque medio-lunghi, qualunque sia la terapia intrapresa, conservativa o chirurgica
- le recidive del dolore sono possibili anche a distanza di tempo se non vengono eliminati i fattori di rischio come una scarsa tecnica nelle attività sportive
- i risultati della chirurgia sono buoni in oltre l'80-90% dei casi



TRATTAMENTO CHIRURGICO O CONSERVATIVO? LA PAROLA AGLI ESPERTI

Bisogna innanzitutto dire che non esistono evidenze scientifiche che un trattamento sia migliore di un altro. In realtà sembra che il trattamento migliore sia il riposo evitando dei movimenti dolorosi e l'assunzione di farmaci per il dolore.

Ci sono due tipi di trattamento:

- 1) **NON CHIRURGICO-CONSERVATIVO**
- 2) **CHIRURGICO**

1. TRATTAMENTO NON CHIRURGICO-CONSERVATIVO

Riposo e cambiamento di abitudini

All'inizio, quando il dolore è ancora modesto, il riposo e l'astensione da attività ripetitive come il sollevamento di pesi anche non eccessivi, quindi borse della spesa o da lavoro, l'uso di utensili sul lavoro come cacciaviti o pinze e forbici, il tennis o altri sport che implicano l'uso ripetuto della mano e dell'avambraccio, associato all'applicazione di ghiaccio locale può ridurre i sintomi e evitare il peggioramento.

In alcune attività lavorative e sportive si può provare a modificare quegli atteggiamenti e posture errate che hanno determinato l'insorgenza della epicondilita. In altri casi questo non è invece possibile in quanto il gesto è unico e non sostituibile in alcun modo.

Orthopedika Journal

È possibile anche assumere farmaci antidolorifici senza ricorrere da subito a quelli antiinfiammatori.

Quando il dolore è così intenso da non risolversi con il riposo e i farmaci antidolorifici, si possono usare farmaci antiinfiammatori non steroidei o i corticosteroidi.

Infiltrazioni

Se riposo e cambiamento di abitudini non bastano, il passo successivo sono le infiltrazioni con corticosteroidi praticate dallo specialista nella fase acuta. L'infiltrazione può essere dolorosa anche se viene iniettato contemporaneamente un anestetico, ma il dolore tende a ridursi nelle 24 ore successive e può richiedere l'assunzione di farmaci analgesici. È utile associare l'uso del ghiaccio locale ad intervalli. Un miglioramento progressivo è prevedibile dopo 2-3 giorni e sempre che l'arto venga mantenuto a riposo.

PRP (platelet-rich plasma)

Anche la terapia con PRP (platelet-rich plasma) ovvero con concentrati piastrinici può essere utilizzata con lo scopo di accelerare il processo riparativo. Anche questa terapia tuttavia non ha supporti scientifici ben chiari a causa dell'insufficiente numero di pazienti trattati che non permette di trarre delle conclusioni certe sulla sua reale efficacia.

Ultrasuoni, laser, agopuntura&Co.

La terapia fisica con ultrasuoni, laserterapia, agopuntura, massoterapia e stretching muscolare può ridurre il dolore, senza tuttavia essere sempre risolutiva. Anche l'uso di bracciali appositi che riducono la tensione a livello dell'inserzione dei tendini può essere impiegato nella terapia della epicondilita, ma devono necessariamente essere associati a quella che è la vera terapia fondamentale dell'epicondilita: **il riposo e l'astensione dai movimenti che provocano il dolore.**

Speciale Epicondilita

2. TRATTAMENTO CHIRURGICO

Quando il percorso conservativo non ha avuto successo, oppure quando il paziente non possa o non riesca a mantenere l'arto a riposo, l'intervento chirurgico è il passo successivo.

L'intervento è volto a rimuovere il tessuto patologico dai tendini dell'estensore radiale breve del carpo e dell'estensore comune delle dita; a volte è necessario rimuovere delle calcificazioni quando fossero presenti.

Come si effettua l'intervento

L'intervento può essere eseguito sia con un'incisione di circa 1,5-2 cm sulla parte laterale del gomito in corrispondenza dell'inserzione dei tendini degenerati, che in artroscopia. Il primo tipo di intervento è certamente più semplice e di rapida esecuzione. L'artroscopia ha invece indicazioni in quei casi nei quali l'epicondilite si associ a problemi intraarticolari. Poiché l'epicondilite è una patologia che interessa una porzione esterna all'articolazione probabilmente, se il problema è una degenerazione di tendini extraarticolari, l'artroscopia è meno indicata.

Dopo l'intervento

- 1 Immobilizzazione del gomito per un paio di giorni: vengono consentiti movimenti del polso e della mano da subito, compatibilmente con il dolore. Se necessario, l'immobilizzazione viene prolungata per altri 4-5 giorni rimuovendola durante il giorno per eseguire semplici movimenti del gomito.
- 2 È bene non usare l'arto per attività più impegnative sia di tutti i giorni che sportive prima di un paio di mesi. Le attività sportive come il tennis possono essere riprese dopo circa 2 mesi e mezzo.

Una curiosità: nei casi in cui i sintomi dell'epicondilite non siano recenti, il recupero e la scomparsa del dolore non saranno immediati dopo l'intervento, ma tenderanno a migliorare nel tempo anche dopo uno o due mesi.

Orthopedika Journal

CHI è ANDREA MITI



Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1984 presso l'Università di Bologna.

Specializzato in Ortopedia e Traumatologia nel 1989 presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli. Specializzato presso gli istituti Ortopedici Rizzoli anche in Fisioterapia.

Primario del Reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre, Venezia.

Socio dell'OTODI (associazione tra Ortopedici e Traumatologi Ospedalieri D'Italia) e Consigliere della SVOTO (Sodalizio Veneto Ortopedici e Traumatologi Ospedalieri).

ORTHOPEDIKA
The Journal of Orthopaedic Surgeon

Direttore

Liana Zorzi

direttore@orthopedika.it

Coordinamento di redazione

Irene Butta

redazione@orthopedika.it



www.orthopedika.it

Sponsor ufficiale di Orthopedika Journal



ORT**OPEDIKA**
The Journal of Orthopaedic Surgeon