



EPICONDILITE DEL GOMITO

COSA SI DEVE SAPERE

CHE COSA E' L'EPICONDILITE DEL GOMITO

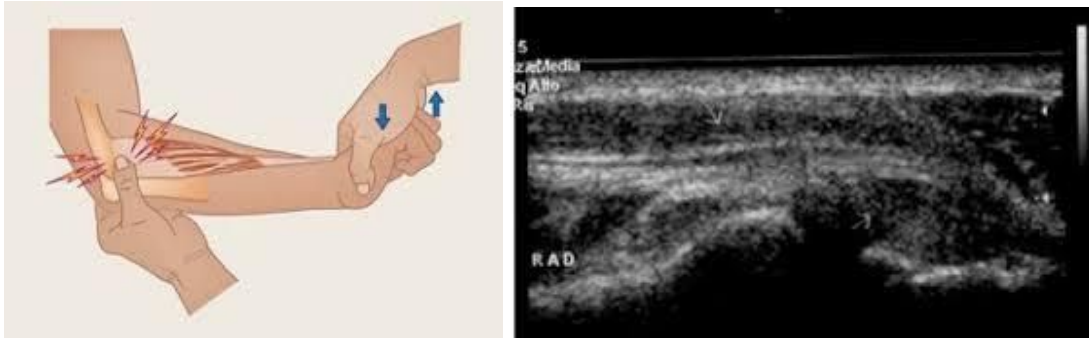
L'EPICONDILITE DEL GOMITO, DETTA ANCHE *GOMITO DEL TENNISTA* E' UNA PATOLOGIA FLOGOSTICO-DEGENERATIVA CHE INTERESSA L'INSERZIONE OSSEA DEI MUSCOLI EPICONDILOIDEI A LIVELLO DEL GOMITO. INTERESSA CON MAGGIORE INCIDENZA PAZIENTI GIOVANI, LAVORATORI MANUALI O SPORTIVI CHE ESERCITANO MOVIMENTI RIPETITIVI DI ESTENSIONE E PRONAZIONE DEL POLSO .



QUALI SONO I SINTOMI ?

L'epicondilite esordisce classicamente con dolore localizzato a livello della faccia esterna del gomito, presente durante l'attività lavorativa e ,nelle forme più acute e dolorose , anche a riposo. La sintomatologia dolorosa può determinare l'impossibilità a svolgere attività quotidiane semplici come ad esempio aprire o sollevare una bottiglia d'acqua. Il paziente può riferire dolore anche irradiato a livello della faccia dorsale dell'avambraccio fino al polso.





La diagnosi è clinica e strumentale con supporto ecografico. Classicamente il dolore viene evocato dalla pressione a livello del condilo laterale del gomito e viene ulteriormente esacerbato dai movimenti di estensione e di pronazione del polso contro resistenza. L'esame clinico deve anche ricercare eventuale dolore alla palpazione 4-5 cm al di sotto dell'epicondilo laterale, suggestivo per una possibile se pur rara compressione del nervo interosseo posteriore.

L'esame ecografico permette di visualizzare bene l'inserzione dei muscoli epicondiloidei al gomito evidenziandone segni flogistico-degenerativi spesso accompagnata a presenza di microcalcificazioni o piccole lesioni intratendinee e in alcuni casi si evidenzia minima sinovite articolare. Importante la diagnosi differenziale con iniziale artrosi del comparto mediale del gomito da sospettare in pazienti che eseguono lavori manuali particolarmente pesanti (es. fabbri, operai che utilizzano il martello pneumatico etc.). In questo caso l'esame radiografico standard derime il dubbio diagnostico. La rmn non aggiunge elementi diagnostici ulteriori -

TRATTAMENTO

La maggior parte delle epicondiliti si giova del trattamento conservativo. Il riposo e l'astensione temporanea dall'attività lavorativa o sportiva è la prima misura. L'assunzione di fans per via orale di solito non risolve la sintomatologia dolorosa. E' quindi utile associare trattamento infiltrativo che gli specialisti di SPALLAONLINE eseguono sotto guida ecografica a livello della rima articolare omero radiale con due o tre infiltrazioni articolari e sub fasciali a distanza di 10-15 giorni tra loro. Questa tecnica riduce drasticamente 2 complicanze frequenti delle infiltrazioni cortisoniche nell'epicondilitite: discromia- sbiancamento cute e atrofia del grasso sottocutaneo. Si consiglia di eseguire la prima ed eventualmente la seconda infiltrazione con un mix di cortisone e anestetico e le restanti con l'acido ialuronico. L'uso esclusivo di acido ialuronico nelle forme acute di solito non ottiene risultati soddisfacenti. Altra possibilità infiltrativa è quella del PRP sulla cui validità però non esistono ancora consensi unanimi a livello scientifico. Durante il periodo infiltrativo è utile associare trattamento fisioterapico di stretching e di detensione della fascia muscolare, associata a terapia strumentale come yag laser. In alcuni casi selezionati sub-acuti o cronici può avere un buon successo la terapia strumentale con le onde d'urto e l'uso di integratori tendinei per via orale

L'USO DEL TUTORE

Esistono dei tutori per epicondiliti che hanno la funzione di ridurre il sovraccarico inserzionale dei tendini interessati al gomito. Il tutore va' indossato 3-4 cm al di sotto dell'epicondilo. Il suo utilizzo è consigliato soprattutto durante la fase di riduzione del dolore al ritorno delle attività sportive e lavorative





TRATTAMENTO CHIRURGICO

Solo nei casi che non rispondono al trattamento conservativo o nelle recidive è consigliato l'intervento chirurgico. L'intervento si esegue in anestesia locale di plesso in day surgery. Si pratica una piccola incisione di 3 cm sull'epicondilo e si esegue una accurata pulizia dei tendini epicondiloidei avendo cura in particolare dell'estensore radiale breve del carpo, che di solito è la struttura più rovinata; nei casi più gravi si esegue la tenotomia di questo tendine senza che ciò determini alcun deficit funzionale e di forza. La mobilizzazione attiva è incoraggiata dal giorno successivo. Il ritorno alle attività lavorative e sportive è consigliato dopo 1 mese.

COMPLICANZE dell'intervento

Le complicanze sono rare , nel 5% dei casi si può avere la comparsa di ematoma , che viene risolta agevolmente con trattamento fisioterapico. La risoluzione del dolore si ottiene nel 90 % dei casi ; da segnalare dalla letteratura un 10 % di casi con parziale residuo dei sintomi e nel 3% nessun beneficio.

