



Il gomito del tennista

Data 20 ottobre 2011
Categoria ortopedia

Una breve sintesi sulla diagnosi e sulla terapia del gomito del tennista o epicondilita laterale.

Cos'è il gomito del tennista?

Il gomito del tennista è dovuto ad una tendinopatia che interessa l'origine del tendine del muscolo estensore comune nella sua inserzione a livello dell'epicondilo laterale del gomito. In realtà più che di una flogosi si tratta di una vera e propria tendinopatia degenerativa dovuta al sovraccarico del tendine stesso.

Che cosa provoca il gomito del tennista?

Tipicamente si verifica in chi pratica il tennis (da cui il nome) o alcuni tipi di lavoro (per esempio imbianchini, artigiani, dattilografe). Anche la ripetizione di alcuni movimenti durante attività come il giardinaggio, lo stirare, oppure sollevare pesi eccessivi forzando il braccio e il gomito può essere la causa o la concausa dell'epicondilita.

Quali sono i sintomi?

Il gomito del tennista si manifesta inizialmente con dolore che compare quando si estende il polso o durante la supinazione dell'avambraccio. In seguito vi può essere dolore spontaneo dell'epicondilo che si accentua con la palpazione. Generalmente non viene compromessa l'articolazione del gomito per cui se se ne riscontra una riduzione dei movimenti si dovrebbe pensare piuttosto ad una patologia articolare.

Come si diagnostica il gomito del tennista?

Di solito la diagnosi è semplice e si basa sulla clinica. Non sono necessarie indagini di imaging (radiografia, ecografia, RMN) a meno che non si sospetti una patologia differente.

Come si cura il gomito del tennista?

Il dolore può essere solo in parte controllato con il paracetamolo e/o gli antinfiammatori che, comunque, non servono a migliorare gli esiti a distanza della tendinopatia. I FANS per uso topico sembrano in grado di alleviare il dolore nel breve periodo e hanno il vantaggio di non provocare gli effetti collaterali dei FANS per uso sistemico.

Molto importante il **riposo**: il paziente deve astenersi dalle attività che provocano il sovraccarico del tendine.

Nello stesso tempo deve iniziare una **gradualerabilitazione**.

Il principio fondamentale della riabilitazione è di caricare il tendine in modo progressivo, fino a che si comincia a provare dolore. E' stato dimostrato che la riabilitazione in grado di ridurre il dolore e migliorare la funzionalità del tendine colpito è rappresentata dagli **esercizi eccentrici** (vale a dire esercizi che portano solo all'allungamento del tendine e non al suo accorciamento).

Questi esercizi possono essere insegnati al paziente da un fisioterapista oppure dallo stesso medico curante che si può avvalere di filmati dimostrativi presenti in vari siti Internet.

Le **infiltrazioni locali di corticosteroidi** possono ottenere dei buoni risultati nel breve periodo tuttavia si è visto che long term sono più frequenti le recidive rispetto alla riabilitazione e anche rispetto alla semplice attesa. Di questo dovrebbe essere avvisato il paziente. Le infiltrazioni di corticosteroidi non dovrebbero perciò costituire la regola del trattamento, anche se possono avere un ruolo in casi particolari in cui è necessario ottenere un miglioramento in breve tempo.

I **cerotti a base di nitrati**, applicati sull'epicondilo, grazie alla loro azione vasodilatante, possono essere un trattamento utile in quanto è stato dimostrato che sono superiori al placebo per un periodo di sei mesi. Tuttavia i risultati a lungo termine non sono confermati. In ogni caso si tratta di un uso ancora non approvato dalle autorità regolatorie.

Recentemente è stato dimostrato che le **iniezioni di plasma autologo arricchito di piastrine** è superiore alle infiltrazioni di corticosteroide. Si tratta comunque di una tecnica costosa che richiede ulteriori conferme da RCT di confronto con le altre scelte terapeutiche.



E' possibile ricorrere anche alle iniezioni locali di **acido ialuronico** oppure alla **tossina botulinica di tipo A** . Quest'ultima viene iniettata a livello dei muscoli estensori del terzo e quarto dito della mano in modo da provocare una loro paralisi e quindi una riduzione del carico a livello del tendine dell'estensore comune, con successiva ripresa del carico quando la paralisi tende a regredire. Lo svantaggio è che questa paralisi dura per alcuni mesi durante i quali il paziente non può usare le dita interessate.

Alcuni medici prescrivono degli **apparecchi ortotici** la cui reale utilità non è ben delineata.

E' stata proposta anche l' **agopuntura** che riduce il dolore nel breve periodo, ma sono necessarie ulteriori ricerche per trarre conclusioni definitive.

Le **onded'urto** non sono prescritte nei casi comuni di gomito del tennista, a meno che non sia presente una calcificazione del tendine. In realtà la loro utilità sembra dubbia.

Il **trattamento chirurgico** si basa su varie tecniche, ma deve essere riservato ai pazienti che non hanno trovato beneficio dalla terapia conservativa per almeno un anno. In realtà la scarsità di studi non permette conclusioni affidabili.

Qual è la prognosi del gomito del tennista?

Anche se il miglioramento è di solito lento e perciò deludente per il paziente, questo va rassicurato che nella maggior parte dei casi nel lungo periodo la prognosi è buona.

A cura di Renato Rossi

Bibliografia

1. Khan KM et al. Time to abandon the "tendinitis" myth. BMJ 2002;324:626-7.
2. Smidt N et al. Corticosteroid injections, physiotherapy, or a wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. Lancet 2002 Feb 23; 359:657-662.
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=155>
3. Bisset L et al. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. BMJ 2006;333:939. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2913>
4. Croisier JL et al. An isokinetic eccentric programme for the management of chronic lateral epicondylar tendinopathy. Br J Sports Med 2007;41:269-75.
5. Assendelft W et al. Extracts from Concise Clinical Evidence: Tennis elbow
BMJ 2003 Aug 9;327:329
6. Mallen CD et al. 10-Minute Consultation : Tennis elbow
BMJ 2009 Nov 21;339:doi:10.1136/bmj.b3180
7. Wong S et al. Treatment of lateral epicondylitis with botulinum toxin. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ann Intern Med 2005;43:793-7.23.
8. Coombes BK et al. Efficacy and safety of corticosteroid injections and other injections for management of tendinopathy: a systematic review of randomised controlled trials. Lancet 2010;376:1751-67.
9. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1996>
10. Struijs PAA, Smidt N, Arola H, van Dijk CN, Buchbinder R, Assendelft WJJ. Orthotic devices for the treatment of tennis elbow. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art. No.: CD001821. DOI: 10.1002/14651858.CD001821
11. Buchbinder R, Green S, Youd JM, Assendelft WJJ, Barnsley L, Smidt N. Shock wave therapy for lateral elbow pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD003524. DOI: 10.1002/14651858.CD003524.pub2
12. Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft WJJ. Acupuncture for lateral elbow pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art. No.: CD003527. DOI: 10.1002/14651858.CD003527
13. Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft WJJ. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for treating lateral elbow pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD003686. DOI: 10.1002/14651858.CD003
14. Buchbinder R, Johnston RV, Barnsley L, Assendelft WJJ, Bell SN, Smidt N. Surgery for lateral elbow pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3. Art. No.: CD003525. DOI: 10.1002/14651858.CD003525.pub2