

EPICONDILITE: TRATTAMENTO RIABILITATIVO

T.d.R. Di Giacomo Silvia – Dott. G. Porcellini*
ShoulderTech via A. Costa 33 – 47100 – Forlì
www.chirurgiaspalla.it

L'epicondilitis rappresenta una patologia con una grande incidenza tra gli sportivi che utilizzano l'arto superiore. Nella complessità di svolgimento del gesto tecnico, infatti, le articolazioni del gomito vengono coinvolte tanto quanto quelle della spalla. Qualora incorra una patologia o un dolore alla spalla, sicuramente il gomito aumenta il suo lavoro, sovraccaricando le strutture muscolari e capsulo-legamentose. Peraltro in quindici anni di esperienza abbiamo riscontrato tale patologia anche in pazienti non sportivi o che non praticano abitualmente uno sport.

Nella nostra casistica abbiamo rilevato un'etiologia molto varia: da trauma sportivo (sport di lancio, tennis), da trauma automobilistico, lavoro microtraumatico, lavoratore manuale, in concomitanza o in conseguenza ad un dolore di spalla, nella maggior parte dei casi.

La valutazione e diagnosi medica risultano sicuramente insidiose. Dal punto di vista anatomico la causa del dolore può essere imputata a più fattori:

- degenerazione tendinea dell'estensore breve del carpo (EBC)
- plica in articolazione che da lo scroscio articolare al movimento passivo;
- artrosi omero radiale;
- rigidità del circondario periarticolare.

L'iter riabilitativo da noi previsto, in prima istanza, consta di un trattamento conservativo composto come segue:

- massaggio e rilassamento dei muscoli epicondiloidei
- trattamento della membrana interossea
- mobilità delle articolazioni del polso
- rilassamento del ventre del bicipite omerale
- esercizi domiciliari di autoallungamento e stretching
- in un secondo tempo, quando il dolore diminuisce, si richiedono contrazioni eccentriche della muscolatura per un rinforzo in allungamento.

Qualora l'approccio conservativo risultasse inefficace il chirurgo si dirige verso un trattamento chirurgico che deciderà se effettuare in artroscopia o in artrotomia. In entrambi i casi la riabilitazione ha inizio il secondo giorno post-intervento con un protocollo come segue:

- recupero passivo della mobilità in flessione estensione;
- evitare la rigidità articolare senza forzare la pronazione/supinazione;
- massaggio dei muscoli dell'avambraccio;
- rilassamento della membrana interossea;
- una volta eliminati i punti di sutura si può iniziare un recupero graduale attivo in piscina;
- dopo i 50 giorni si inizia un lavoro attivo con resistenze elastiche o rinforzo con contrazione eccentrica dei gruppi muscolari interessati.

Negli interventi in artrotomia bisogna porre più attenzione alle aderenze della cicatrice ed evitare la rigidità.

Nei mesi tra agosto 2006 e dicembre 2006 abbiamo trattato in modo conservativo quindici casi di epicondilitis di cui nove uomini e sei donne svolgendo con tutti il protocollo di cui sopra.

Abbiamo eseguito seguendo questo iter otto sedute fino ad un massimo di dieci ascoltando la sintomatologia riferita dal paziente e facendo compilare un'autovalutazione della diminuzione del dolore che lo quantizzava da 1 a 10. Inoltre abbiamo svolto alla quarta seduta un esame obiettivo dei punti dolorosi.

Se la sintomatologia non diminuiva ci siamo diretti in accordo con l'ortopedico agli accertamenti per l'intervento chirurgico di tenotomia dell'EBC in artroscopia o artrotomia.

Tre tra questi pazienti hanno avuto un dolore insorto dopo o in concomitanza di una patologia di spalla omolaterale al dolore. In un caso il dolore al gomito era bilaterale anche se il dolore di spalla era monolaterale.

In tredici casi abbiamo ottenuto una regressione completa dei sintomi ed una buona funzionalità, un paziente non ha ottenuto miglioramenti ed in accordo con il chirurgo si è proceduto ad eseguire una RMN per valutare la lesione.

Non vi è correlazione tra il dato clinico ed ecografico, infatti non necessariamente corrisponde ad un peggior risultato nel trattamento, in quanto in un caso in cui la lesione delle fibre muscolari si presentava vasta, si è ottenuto un completo ripristino della funzionalità e del dolore.

Importanti anche gli esercizi a domicilio e la attenzione nelle AVQ almeno per il periodo di trattamento. Cinque di questi pazienti sono soggetti che svolgono sport amatoriali o attività lavorative con un impegno importante dell'arto superiore (pilota d'aereo, giocatore di golf e di pallavolo). A loro è stato chiesto di sospendere o diminuire il più possibile l'attività svolta fino alla quarta seduta, per la verifica dei miglioramenti e quindi, è stata reinserita in modo graduale effettuando il gesto sportivo o lavorativo anche in acqua.

In due casi all'inizio del trattamento ecograficamente è stato riscontrato un versamento articolare per cui è stato necessario fare della laser terapia per aiutare il riassorbimento e, solo successivamente, procedere al trattamento di cui sopra.

In conclusione bisogna valutare con attenzione il trattamento sia cruento, che incruento dopo esame clinico, diagnostico e dopo aver eseguito un trattamento fisioterapico per almeno tre o quattro mesi.