

Epicondilite radiale

Che cos'è?

Il concetto di epicondilite raggruppa diverse sindromi che hanno in comune dei dolori nella regione epi- ed apofisaria del condilo omerale al gomito. Nei paesi anglosassoni la epicondilite del condilo radiale è denominata gomito del tennista e quella del condilo ulnare gomito del golfista. La popolazione più esposta è quella della quarta decade (tra i 40 e 50 anni) e l'incidenza è del 3 al 4% della popolazione totale. L'epicondilo radiale rappresenta l'incirca il 95% dei casi di epicondilite (epicondilite radiale) mentre l'epicondilite ulnare raggiunge circa il 5%.

Cenno storico

1873 Rung descrive i primi 4 casi di crampi dello scrivano ed evoca un'inflammatione del periostio all'inserzione prossimale degli estensori della mano al gomito. Come terapia proponeva la cauterizzazione profonda della muscolatura all'epicondilo radiale.

1883 Winckworth presuppone che i disturbi al gomito lateralmente siano causati dalla compressione del nervo radiale sotto la muscolatura del muscolo supinatore e per primo descrisse tale patologia come gomito del tennista.

1886 Bernhardth definì il "tennis elbow" come una nevralgia professionale accompagnata da strappo periostale all'epicondilo e propose come terapia l'incisione a croce dell'inserzione della muscolatura sull'epicondilo radiale. Gli autori Marshall (1907) Dups (1920) Rolles, Mautz Leitz e Narakas ammettono la compartecipazione sovente del nervo radiale oltre all'irritazione dell'inserzione muscolare.

1936 Cyraix descriveva 26 eziopatologie possibile come causa dell'epicondilite radiale.

Patogenesi

Possiamo distinguere tre gruppi di cause.

1. Alterazioni dell'inserzione muscolare dei tendini estensori delle dita al gomito: microtraumatismi professionali, microtraumatismi di attività occasionale o traumatismi diretti.
2. origine neurogena dell'epicondilite riguarda una neurite del nervo radiale che può essere compresso o irritato all'altezza del gomito.
3. In maniera meno importante ma non da dimenticare sono affezioni di carattere reumatico, affezioni cervicali, poli-inserzioniti, periartrite omero-scapolare e tendosinovialite stenosante e fibromiosite. Non da ultimo può essere una espressione di un'affezione artrosica dell'articolazione del gomito.

Da cos'è causato il dolore?

Il dolore è causato dai ripetuti strappi muscolari all'inserzione degli estensori delle dita del polso sulla struttura ossea al gomito.



Diagnosi

La diagnosi è prettamente clinica e si basa sia sull'anamnesi che sull'esame al paziente.

Anamnesticamente vi sono spesso e sovente movimenti ripetitivi e movimenti di sovraccarico per gli arti superiori. Di quando in quando può essere stato un trauma che ha scatenato la sintomatica epicondilalgica. Spesso i pazienti sofferenti di epicondilite radiale soffrono pure di patologie al rachide (discopatie anche nella regione lombare).

La conferma diagnostica viene data da una squisita dolenzia alla pressione sulla parte laterale del gomito (epicondilo radiale), dolori all'estensione del polso e delle dita se questi vengono tenuti contro forza. Un ulteriore test è quello dinamico di iniziare con il gomito flessa e completamente prona (la mano girata con il palmo verso il pavimento) e quindi procedere all'estensione progressiva del gomito mantenendo il polso sempre nella stessa posizione: subito subentrano dolori all'inserzione della muscolatura al gomito.

In linea di massima gli esami complementari sono fatti per escludere altre patologie concomitanti (radiografie o risonanza magnetica).

Terapia

La terapia dell'epicondilite radiale sia acuta che recidivante è primariamente conservativa solo in un secondo momento, ad esaurimento delle varie possibilità terapeutiche conservative, si procederà chirurgicamente.

La terapia conservativa consiste nelle applicazioni locali di freddo (crioterapia), la messa a riposo della parte lesa (gomiti e polso) in un gesso per 4-6 settimane. Il tutto può essere accompagnato da anti-infiammatori locali o sistemici.

Asportato il gesso si dovrà iniziare con della ginnastica riabilitativa basata sull'allungamento muscolare degli estensori della mano e delle dita accompagnato da un allungamento e un rafforzamento muscolare della muscolatura di tutto l'arto superiore.

La terapia include lo smettere o il limitare le attività che causano il dolore come sollevare pesi con il palmo della mano rivolto verso il basso. Talvolta un anello intorno all'avambraccio vicino al gomito è usato per proteggere i muscoli lesi mentre stanno guarendo. In alcuni casi anche l'indossare di una stecca per il polso può essere raccomandato per lo stesso scopo. Si possono prendere dei medicinali anti-infiammatori per via orale. In casi gravi o di lunga durata un'iniezione nell'area dolente può dare sollievo ai dolori. Il suo chirurgo della mano può anche consigliarle degli esercizi che estendano e rafforzino i muscoli per prevenire una ricaduta. Alcuni pazienti rispondono bene a terapia addizionale con fisioterapia. Con il regredire della malattia si può tornare pian piano alle attività normali. E' spesso il caso che ci siano delle ricadute.

Per l'epicondilite radiale cronica recidivante l'immobilizzazione spesso è insufficiente. La prima terapia sarà quindi analgesica con applicazioni di anti-infiammatori locali (ultrasuoni, ionizzazioni,

crioterapia, terapia dinamica antalgica, massaggio trasverso profondo sec. la tecnica di Cyriac, onde d'urto...). Se queste terapie conservative non porteranno al successo, consiglio due infiltrazioni di corticosteroide cristallino: la prima fatta intra-articolarmente nell'articolazione del gomito e la seconda, a distanza di tre settimane, fatta nel punto di maggior dolenzia. Se tutte queste terapie conservative non portano al successo e il lasso di tempo tra l'insorgere della sintomatica e la fine della terapia ha superato il mezzo anno, propongo l'intervento chirurgico.

Trattamento chirurgico

Tanto è complessa la causa dell'epicondilita quanto è svariata la possibilità chirurgica.

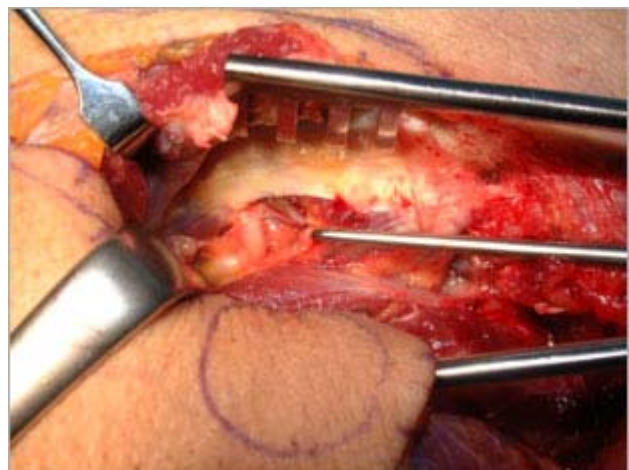
I primi interventi furono fatti sin dal 1926 da Hohman che disinseriva prossimamente l'estensore radiale lungo e breve del carpo. Più tardi non ci si orientò solo sull'allungamento muscolare ma anche sulla denervazione dell'epicondilo dopo aver introdotto il concetto di neurite (1946)

Tavernier e Kaplan e Willhelm.

La mia tecnica è quella della denervazione allargata con disinserizione della muscolatura inserente all'epicondilo radiale, al bordo distale della testa del radio, la revisione del nervo radiale e decompressione dello stesso all'altezza del muscolo supinatore.

Tecnica chirurgica

L'esposizione avviene al gomito dorso-radialmente, si sposta la cute evidenziando la fascia del braccio. Se si riscontrano delle patologie queste vengono asportate nel senso di necrotomia. Si procede alla preparazione del fascicolo neurovascolare intersettale tra gli estensori ed i flessori al braccio prossimalmente all'epicondilo. Resecato questo fascicolo neurovascolare si inizia la tenotomia del muscolo brachio-radiale, dell'estensore radiale del carpo e degli estensori delle dita passando all'estensore ulnare del carpo. A questo punto si procede alla revisione del nervo radiale nel suo percorso tra gli estensori e le due pance del muscolo supinatore. Dopo di che si stacca il supinatore dalla sua inserzione sul legamento anulare del radio. Completo l'intervento con lo stacco del muscolo anconeale all'altezza dell'epicondilo radiale dorsalmente e quindi faccio la revisione dell'articolazione omero-radiale e se necessario asporto la plica sinoviale nel caso questa sia ingrossata. Ad intervento effettuato si procede al semplice adattamento della muscolatura lasciando che essa rimanga accorciata: tre drenaggi e la sutura cutanea. Adatto il gesso per il polso ed il gomito lasciando libere le articolazioni delle dita. Questo gesso lo lascio tre settimane e quindi inizio con la terapia riabilitativa.



Spesso con un ciclo di 9 terapie si ottiene il risultato sperato.

Risultati

Il 75% hanno un risultato eccellente ovvero sia nessun dolore spontaneo, funzione completa come prima dell'inizio delle patologie, ripresa del lavoro e dello sport senza alcuna limitazione.

Il 10% buono ovvero sia disturbi occasionali, funzione completa ed indolore, nessun dolore all'esame clinico.

10% accettabile ovvero sia dolori moderati nel lavoro manuale e nello sport senza necessità di terapia, nessun dolore a riposo.

Il 5% fallimentare ovvero sia dolori e disturbi persistenti mutati o aggravati rispetto a prima dell'intervento.

Curiosità assicurative

Riconoscimento di un'epicondilite acuta come conseguenza diretta di un incidente.

Secondo "l'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF)" del 20.12.92 al titolo secondo, oggetto dell'assicurazione, capitolo I:

Articolo 9 "è considerato infortunio l'azione repentina involontaria e lesiva, che colpisce il corpo umano, dovuta a fattore esterno straordinario".

Se questi 4 parametri vengono rispettati l'epicondilite sarà di responsabilità dell'assicurazione incidentistica: avremmo la così detta epicondilite post-traumatica diretta.

Epicondilite riconosciuta come malattia professionale

Secondo la legge dell'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) del 20.03.1981, articolo 9 paragrafo 1 "sono malattie professionali quelle causate esclusivamente o prevalentemente da sostanze nocive e da determinati lavori nell'esercizio dell'attività professionale".

Il consiglio federale compila l'elenco di tali sostanze e lavori come pure delle malattie provocate da quest'ultimi.

Nella lista delle malattie professionali espresso dal consiglio di stato con l'allegato 1 articolo 14, 77 lettera B, vengono definite al paragrafo 2 le malattie professionali provocate da lavori al senso dell'articolo 9 capoverso 1 della legge. In quest'elenco l'epicondilite non viene menzionata.

Secondo l'articolo 9 paragrafo 2 cito "sono considerate professionali anche altre malattie di cui è provato siano state causate esclusivamente o in modo preponderante dall'esercizio dell'attività professionale": l'epicondilite radiale potrebbe essere messa in questa categoria di malattie professionali dove bisogna però evidenziare all'assicuratore quale causa un'importante

sollecitazione del gomito nell'esercizio dell'attività professionale. Sec. Beär-Heinz e Ramseier una causalità a conseguenza dell'attività professionale deve essere di almeno il 75%. Secondo la legge la sollecitazione professionale deve avere causato una malattia e non semplicemente rivelato o reso apparente una malattia già pre-esistente.

Per l'accettazione dell'epicondilite radiale quale malattia professionale bisognerà esaminare in maniera attenta sia l'attività professionale del paziente sul posto di lavoro che le attività secondarie extra-professionali e sportive.