

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 30 (1994)
Heft: 2

Artikel: Il trattamento della epicondillite laterale
Autor: Dejung, Beat / Strub, Martin
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929311>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

PRASSI

Il presente articolo fa seguito al testo «In Svizzera la terapia manuale dei punti riflessogeni è praticata da dieci anni» di B. Dejung, pubblicato nel precedente numero della nostra rivista.

IL TRATTAMENTO DELLA EPICONDILITE LATERALE

L'epicondilita laterale è dovuta alla proiezione di dolori dai muscoli delle braccia che sono stati sottoposti a sollecitazioni eccessive. Descriviamo qui di seguito il trattamento dei punti riflessogeni (Triggerpoints) di questi muscoli.

1. I dolori all'epicondilo laterale – una vera croce

Ognuno di noi si è già trovato confrontato all'ingrato compito di trattare pazienti che soffrono di dolori cronici all'epicondilo laterale. Si fa ricorso a tutte le possibili cure e misure: la terapia con gli ultrasuoni, le varie forme di elettroterapia, le applicazioni di calore, la «deep friction», gli esercizi di estensione, i bracciali, le stecche, i farmaci. I risultati

che si ottengono sono piuttosto magri e non superano quelli di una remissione spontanea dopo un prolungato periodo di riposo. I medici ricorrono a iniezioni di steroidi nell'epicondilo, ma spesso l'effetto benefico dura solo alcune settimane. Alla fine il paziente viene affidato al chirurgo che incide il periostio intorno all'epicondilo e procede così ad una enervazione. Parti dei tendini ipertesi vengono staccate dall'osso. Talvolta si decompri il nervo radiale (partendo dal presupposto che l'epicondilita sia la conseguenza di uno schiacciamento del nervo radiale).

Ma anche dopo l'operazione di Hohmann le recidive non sono rare.

2. La comprensione della patofisiologia viene prima della terapia

La maggior parte delle affezioni dolorose dell'apparato motorio prendono origine nei punti riflessogeni attivati della muscolatura. Normalmente ciò non vie-

ne preso in considerazione perché il paziente accusa i dolori in un punto che non corrisponde con i punti in cui esso prende origine (punti riflessogeni). Nei casi in esame il dolore si dichiara all'epicondilo laterale dell'omero. I punti riflessogeni che causano il dolore sono localizzati nelle fasce muscolari indurite dei seguenti muscoli: brachiale, supinatore, pronatore e/o flessori della mano e delle dita. La tensione, per lo più meno accentuata che sovente si riscontra nei muscoli estensori, ha un'importanza secondaria.

Come insorge una simile patologia dolorosa dei punti riflessogeni ?

Di solito la sollecitazione eccessiva, unica o ripetuta, della muscolatura produce una situazione non ancora completamente chiarita dal punto di vista della biochimica: determinati filamenti miosinici non si decontraggono più. Si direbbe che la muscolatura, sottoposta ad una sollecitazione eccessiva durante le attività lavorative o sportive, entra in sciopero. I punti riflessogeni attivati diventano dolorosi durante la contrazione e l'estensione muscolare e impediscono alla persona di continuare ad esercitare la sua attività. Questa è una patologia di lunga durata, anche se col tempo può ritornare allo stato latente.

Quando si esplora la regione con le dita, si sentono e si individuano molto bene sia le fasce muscolari indurite che il tessuto edematoso gonfio che si forma in seguito ai processi infiammatori in corrispondenza dei punti riflessogeni. Normalmente l'esame permette di predire con esattezza il punto in cui la pressione delle dita provoca il maggior dolore al paziente. Chi soffre di epicondilitè è in grado di indicare chiaramente quali movimenti gli fanno male. Si tratta di regola della flessione del gomito, la supinazione, la pronazione del braccio e/o la flessione della mano e delle dita, e sempre quando si eseguono movimenti che incontrano una resistenza. Anche l'estensione passiva dei muscoli colpiti provoca per lo più dolori identici.

Nei rari casi in cui il cosiddetto gomito del tennista è effettivamente dovuto al gioco del tennis, la sollecitazione eccessiva si ripercuote prevalentemente sui m.li flessori, contratti in permanenza quando si effettuano colpi di diritto, piuttosto che sui m.li estensori utilizzati nei colpi di rovescio.

3. Il trattamento è semplice se viene eseguito con la necessaria precisione

Per risolvere il problema di un punto riflessogeno attivato, il metodo più semplice consiste nell'esercitare una risoluta pressione del dito in corrispondenza del punto più doloroso contemporaneamente al movimento attivo del muscolo in questione. Se il sintomo doloroso è vecchio solo di un giorno, tale trattamento è sufficiente per ridurre in via riflessa il tono muscolare e far scomparire i dolori in modo duraturo (nel nostro caso i dolori all'epicondilo laterale). Se invece l'epicondilitè sussiste da parecchio tempo, occorre distendere molto lentamente tutta la zona interessata con la pressione delle dita, e la cosa migliore è di praticare contemporaneamente una terapia del freddo. In tal modo si riesce a staccare una dall'altra le strutture di tessuto connettivo che si sono formate intorno al punto riflessogeno nella zona dell'edema. Le figure da 1 a 7 illustrano questo tipo di trattamento sui 4 muscoli chiave.

4. Riflessioni e misure nei casi di resistenza alla terapia

Se il trattamento manuale della muscolatura non risolve il problema dell'epicondilitè, occorre continuare a indagare in tre direzioni.

Può darsi che non abbiamo individuato con sufficiente precisione i punti riflessogeni. Basta allora ripetere il trattamento con maggiore precisione.

Se però il dolore all'epicondilo esiste da molto tempo, il tessuto locale ha subito delle modificazioni, è gonfio a causa dell'edema e doloroso alla pressione. È necessario quindi trattare anche il tessuto. Nella maggior parte dei

casi è sufficiente praticare una «deep friction» in modo approfondito. Talvolta si riesce a porre fine definitivamente al fenomeno doloroso solo con un'iniezione. Allo scopo facciamo un'iniezione di un'ampolla di Diprophos (1 ml) con 4 ml di xilocaina allo 0,5%. In altri casi infine, solo un'operazione può avere un effetto risolutivo.

L'epicondilitè può anche rientrare in un quadro clinico più esteso. Essa insorge molto raramente nella regione di diffusione di un dolore radicolare. Più spesso può essere un sintomo collaterale di una sindrome del tunnel carpale. Per lo più ci si trova in presenza di una sindrome a catena caratterizzata da punti riflessogeni attivati e fasce muscolari indurite. I punti riflessogeni di vari altri muscoli inducono allora proiezioni dolorose sull'epicondilo laterale (m. grande pettorale, m. sottospinato, m. gran dorsale, m. grande e piccolo rotondo, m. tricipite brachiale, m. brachioradiale, m. estensori delle dita e della mano). Risolvere simili situazioni dolorose richiede parecchia esperienza e un maggior impegno terapeutico. Se dopo aver effettuato 6 trattamenti secondo i principi enunciati sopra non si ottiene un sensibile miglioramento, ciò significa che non si tratta di una semplice epicondilitè e si deve allora ricominciare a riflettere e ad indagare.

5. Alcuni suggerimenti pratici

Quando il trattamento provoca forti dolori il terapeuta deve essere convinto del proprio ruolo. Deve preparare il paziente ad affrontare il dolore e dargli la possibilità di controllare l'intensità del trattamento. I pazienti più idonei sono quelli che dicono: «Per fortuna che finalmente qualcuno si occupa a fondo del mio problema». Le persone inve-

PRASSI

ce che non sopportano e hanno paura di farsi toccare sono poco indicate per questo trattamento. Per non parlare delle persone affette dalla nevrosi dell'indennità d'invalidità: non vogliono guarire, vogliono i soldi.

Dopo un trattamento approfondito dei punti riflessogeni i tessuti interessati sono dolorosi per alcuni giorni. Ogni volta i pazienti dicono: «È come se avessi fatto uno sforzo prolungato e ho i muscoli indolenziti». Durante questi giorni non si dovrebbe lavorare sulla stessa regione. Nei casi classici di epicondilitè basta quindi un trattamento alla settimana. Il caldo, sotto qualsiasi forma, favorisce la rigenerazione dei tessuti. Gli antireumatici possono aiutare a lenire i dolori che seguono il trattamento.

Quando si usano le dita per lavorare in profondità è necessario tagliare regolarmente le unghie e limare gli spigoli e gli angoli. Può capitare, una volta o l'altra, di lasciare l'impronta di un'unghia sulla pelle, quando ad es. si effettua la compressione di un punto riflessogeno profondo. L'impronta sparisce dopo circa mezz'ora. I segni di un'operazione, che nei casi di epicondilitè spesso viene considerata come l'ultima ratio, rimangono invece visibili per tutta la vita.

In linea di principio non si può imparare la pratica della medicina manuale su testi scritti. Nel caso dell'epicondilitè laterale tuttavia, la cosa è talmente semplice che si può senz'altro provare ad eseguire il trattamento in base alle indicazioni fornite sopra. Se si procede con sufficiente precisione e costanza, si verrà largamente ricompensati da un progressivo aumento dell'efficacia terapeutica.