



Απόστολος Ν. Ηλίας
Ορθοπαιδικός Χειρουργός

Email: apostolos.ilias1@gmail.com
Website: www.ilias-ortho.gr



Ποια είναι η αποτελεσματική θεραπεία της έξω επικονδυλίτιδας του αγκώνα;

Η έξω επικονδυλίτιδα του αγκώνα ή αγκώνας του τενίστα είναι σύνδρομο υπέρχρησης που προσβάλλει την έκφυση των εκτεινόντων τενόντων στην εξωτερική πλευρά του αγκώνα. Σταδιακά οδηγεί σε τενοντίτιδα και φλεγμονή στην έκφυση του βραχέος κερκιδικού εκτείνοντα τον καρπό μύος.

Είναι η συχνότερη αιτία πόνου στον αγκώνα. Εμφανίζεται στο 1-3% των ενηλίκων, συνηθέστερα στο κυρίαρχο άνω άκρο. Επίσης εμφανίζεται μέχρι και στο 50% των ανθρώπων που παίζουν τένις. Παράγοντες κινδύνου είναι η κακή τεχνική, η βαριά ρακέτα και το ακατάλληλο μέγεθος της λαβής της ρακέτας. Συχνά εκδηλώνεται σε εργάτες που χρησιμοποιούν βαριά εργαλεία και κάνουν επαναλαμβανόμενες κινήσεις έκτασης του καρπού υπό αντίσταση. Είναι συχνότερο σε ηλικίες μεταξύ 35-50 ετών, με την ίδια αναλογία σε άνδρες και γυναίκες.

Εμφανίζεται με επαναλαμβανόμενες κινήσεις έκτασης του καρπού και πρητισμού του αντιβραχίου υπό αντίσταση. Στους τενίστες η κίνηση του ρεβέρ (backhand) είναι η κύρια αιτία. Συνήθως ξεκινά με μικρή ρήξη στην έκφυση του βραχέος κερκιδικού εκτείνοντα τον καρπό μύος και μπορούν να συνυπάρχουν μικρές ρήξεις του μακρού κερκιδικού και του ωλενίου εκτείνοντα τον καρπό μύος. Στο 5% των περιπτώσεων μπορεί να συνυπάρχει το σύνδρομο του κερκιδικού



σωλήνα.

Οι ασθενείς αναφέρουν πόνο κατά την έκταση του καρπού υπό αντίσταση, πόνο κατά τη σύλληψη αντικειμένων και μειωμένη δύναμη σύλληψης. Κλινικά παρατηρείται ευαισθησία στην έκφυση του βραχέος κερκιδικού εκτείνοντα τον καρπό μύος στον έξω επικόνδυλο του αγκώνα.

Ο ακτινολογικός έλεγχος του αγκώνα συνήθως είναι φυσιολογικός. Στο 20% των ασθενών υπάρχουν εστίες

ασβεστοποίησης γύρω από τον έξω επικόνδυλο του αγκώνα που είναι έμμεσος δείκτης εκφύλισης και τενοντίτιδας.

Η μαγνητική τομογραφία ή το υπερηχογράφημα δεν είναι απαραίτητα για τη διάγνωση. Στο 50% των περιπτώσεων αναδεικνύουν αυξημένη ένταση σήματος στην περιοχή της έκφυσης του τένοντα του βραχέος κερκιδικού εκτείνοντα τον καρπό μύος, με στοιχεία πάχυνσης, οίδηματος και εκφύ-

λισης.

Η συντηρητική αγωγή είναι η πρώτη γραμμή θεραπείας και είναι επιτυχής στο 95% των περιπτώσεων. Οι τροποποιήσεις στο τένις περιλαμβάνουν τη βελτίωση της τεχνικής και τη χρήση πιο ελαστικής ρακέτας με μεγαλύτερη λαβή και καλύτερη ποιότητα. Η παγοθεραπεία, η φαρμακευτική αγωγή με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και η χρήση περιαγκωνίου κάτωθεν του αγκώνα έχουν σαφή ένδειξη. Η φυσικοθεραπεία με κρουστικό υπέρηχο, Laser, Human Tecar και μαγνητική διεγέρτη συμβάλλουν στην ύφεση των συμπτωμάτων.

Η τοπική έγχυση κορτικοστεροειδούς με τοπικό αναισθητικό μακράς δράσης, η έγχυση PRP (Platelet Rich Plasma) και η έγχυση βλαστοκυττάρων έχουν ένδειξη σε ανθεκτικές περιπτώσεις. Μπορεί να απαιτηθούν 3-6 μήνες για να αποδώσει η συντηρητική θεραπεία.

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται όταν αποτύχει η συντηρητική αγωγή μετά από διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών. Εκτελείται απελευθέρωση και νεαροποίηση της έκφυσης του τένοντα του βραχέος κερκιδικού εκτείνοντα τον καρπό μύος, με συνοδή αποφυλοποίηση του έξω επικονδύλου του αγκώνα.

Οι επιπλοκές είναι σπάνιες και περιλαμβάνουν τη λοίμωξη του τραύματος, τον τραυματισμό του κερκιδικού νεύρου, την έκτοπη οστεοποίηση του αγκώνα και τον τραυματισμό του ωλενίου πλάγιου συνδέσμου του αγκώνα.