

IL METODO DI FROIMSON NEL TRATTAMENTO DELLA EPICONDILITE DEL GOMITO

D.S. POGGI - M. LISANTI - L. FIGLINI

U.O. Ortopedia e Traumatologia U.S.L. 5 di Pisa, Pontedera (Pisa) - Primario: Prof. M. Lisanti

The Froimson method in the treatment of the epicondylitis of the elbow.

SUMMARY

When choosing a surgical method, it is always necessary to refer to the etiopathogenetic base of the case in question. Various methods have been considered in our literature for the treatment of the epicondylitis of the elbow, a very frequent pathological entity in the pathology of such articulation. Of all these methods, the Authors prefer the Froimson method because it is based on the search for the pathological entity that supports this syndrome and because it uses a correct diagnostic, instrumental, approach. Notes of techniques and results are supplied. Riv Chir Mano 2002; 39: 113-117

KEY WORDS

Epicondylitis, elbow, Froimson

RIASSUNTO

Nella scelta di una metodica chirurgica è sempre necessario riferirsi alle basi etiopatogenetiche del quadro da trattare. Diverse metodiche sono state trattate in letteratura per affrontare il trattamento della epicondilite del gomito, entità patologica molto frequente nella patologia del gomito. Tra queste, la metodica di Froimson viene preferita dagli autori, poiché si basa sulla ricerca della entità patologica che sostiene la sindrome attraverso un corretto approccio diagnostico strumentale. Vengono descritte note di tecnica e risultati.

PAROLE CHIAVE

Epicondilite, gomito, Froimson

PREMESSE

Tra le sindromi dolorose del gomito l'epicondilite rappresenta una entità patologica molto frequente sulla quale esiste una letteratura quanto mai vasta e dibattuta. Procedimenti chirurgici proposti in passato ed ancora in uso, mostrano limiti sia dal punto di vista teorico, sia dal punto di vista pratico. La metodica di Kaplan (1) ad esempio è a nostro avviso inattuabile. La tecnica di Hohmann (2) sembra avere solo basi empiriche, mentre quella di Bosworth (3) è di entità sproporzionata rispetto alla patologia da trattare.

MATERIALE E METODO

Le motivazioni che costituiscono l'oggetto di questo lavoro si articolano in quattro punti e sono il risultato dell'esperienza maturata in 15 anni:

- 1) ricercare la causa della patologia
- 2) corretto accertamento diagnostico strumentale
- 3) approccio chirurgico mirato
- 4) conferma anatomo patologica

Punto 1). Alla base della sindrome è la lesione elementare costituita dal granuloma cicatriziale. In

Arrived: novembre 2001

Accepted: aprile 2002

Correspondence: Dr. Domenico Sergio Poggi, Via Livornese, 427 - 56010 Pisa - Telefax 050/961023 - E-mail: dspoggi@hotmail.com



Figura 1. A, B) Scansione ecografica della regione epicondiloidea con sonda da 10 Mhz.

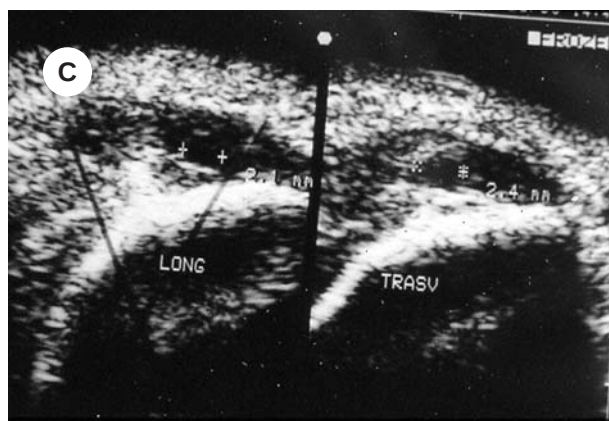
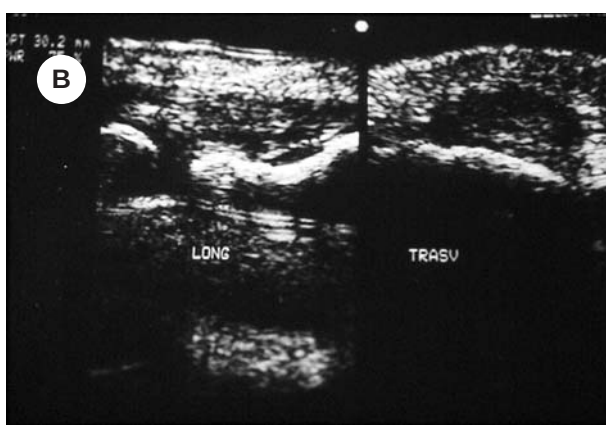
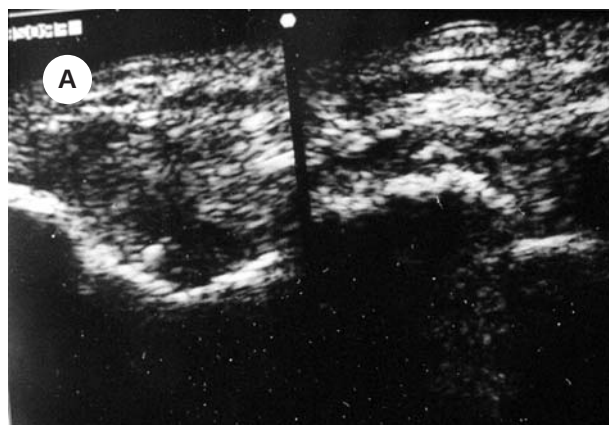


Figura 2. A-C) Aspetto ecografico iniziale, stabilizzato e cronico calcifico della lesione tendinea.

studi monografici, Goldie (4) prima, Coonrad e Hooper (5), Perugia et al. (6) successivamente, hanno riscontrato piccole lacerazioni nel contesto della massa tendinea degli estensori, mentre microscopicamente erano sempre presenti degenerazione mucosa e fibrinoide, nonché presenza costante di estese aree di tessuto di granulazione con neofor-

mazione capillare e di tessuto nervoso posto in prossimità della zona giunzionale compressa da tessuto fibroso cicatriziale.

Punto 2). L'accertamento diagnostico di base, oltre all'esame rx standard che nella maggior parte dei casi è negativo, è costituito dall'indagine ecografica che viene condotta con sonda ad alta definizione da 10 MHz effettuando scansioni longitudinali e trasversali sia a gomito flessa che esteso (Fig. 1 A, B). Il reperto iniziale evidenzia una ipoecogenicità diffusa ed una tumefazione della regione perinserzionale epicondiloidea con più o meno evidenti disomogeneità strutturali (Fig. 2 A). Il reperto ecografico del granuloma stabilizzato è quello di una piccola alterazione nodulare, solida, ovale,

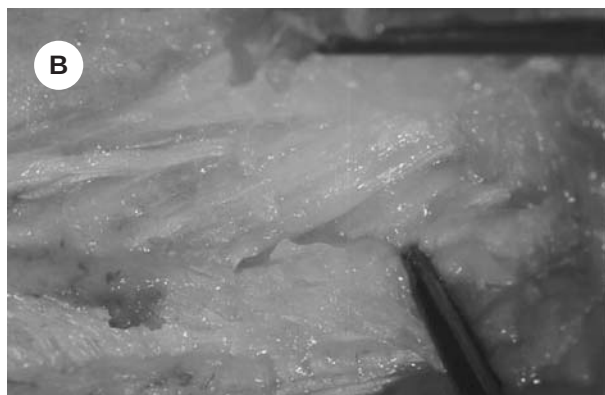


Figura 3. A, B) *Aspetto macroscopico della lamina tendinea e aspetto microscopico della lesione tendinea.*

ben circoscritta (Fig. 2 B) ed è in questa fase che l'intervento trova giustificata indicazione. Nelle forme croniche o calcifiche si apprezzano aree iperrecogene lamellari o spot ecogeni brillanti talvolta associati ad irregolarità della superficie ossea e a raro versamento articolare (Fig. 2 C).

Punto 3). Una volta accertata la presenza del granuloma, e nei casi in cui la terapia conservativa non ha dato esito soddisfacente, abbiamo praticato la escissione chirurgica secondo gli schemi proposti da Froimson (7) utilizzando sempre mezzi ottici, dal momento che è spesso impossibile riconoscere ad occhio nudo i caratteri del granuloma. Questo si rivela per la presenza di una zona circoscritta in cui le fibre tendinee perdono la normale lucentezza e si presentano di aspetto vitreo ed edematoso (Fig. 3 A, B). In una zona circoscritta è presente tessuto di granulazione abbondante facilmente enucleabile dal tessuto circostante sano (Fig. 4). Frequente è la

presenza di materiale di cristallizzazione da pregressa terapia infiltrativa. In alcuni casi, secondo le direttive proposte da Froimson abbiamo enucleato una piccola bratta ossea a livello dell'epicondilo al fine di richiudere la breccia senza tensione (Fig. 5). Segue immobilizzazione in bendaggio morbido per due settimane.

Punto 4). In ogni caso lo studio anatomico patologico della lesione ha confermato la presenza della lesione elementare giustificando l'approccio chirurgico mirato. Nell'ambito del tessuto tendineo sono presenti elementi mixoidi dovuti ad imbibizione iniziale tali da condurre alla trasformazione mucosa del tessuto tendineo normale (Fig. 6). Costante la presenza di elementi flogistici di tipo linfo monocitario ed elementi nervosi in discreto numero in prossimità del granuloma (Fig. 7). Esiste in ogni caso un netto vallo di separazione tra tessuto tendineo normale e l'infiltrato linfomonocitario con presenza di agglomerati di istiociti e microdepositi calcarei (Fig. 8).

RISULTATI

I risultati a distanza, in accordo con altri autori (8) si sono mostrati molto lusinghieri: dal 1988 al 2001 abbiamo trattato 81 pazienti, per un totale di 113 gomiti (bilat. 32). Gli stessi sono stati controllati a distanza con follow-up da sei mesi a 5 anni. In

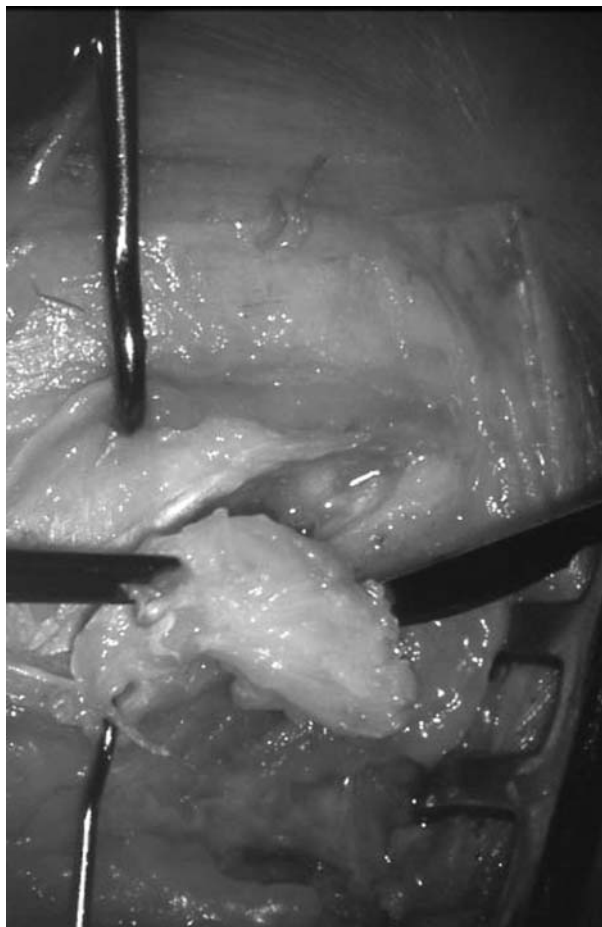


Figura 4. *Enucleazione del granuloma.*

nessun caso è stata riscontrata recidiva della sintomatologia dolorosa, la ripresa occupazionale è stata completa in limiti di tempo accettabili. Non sono

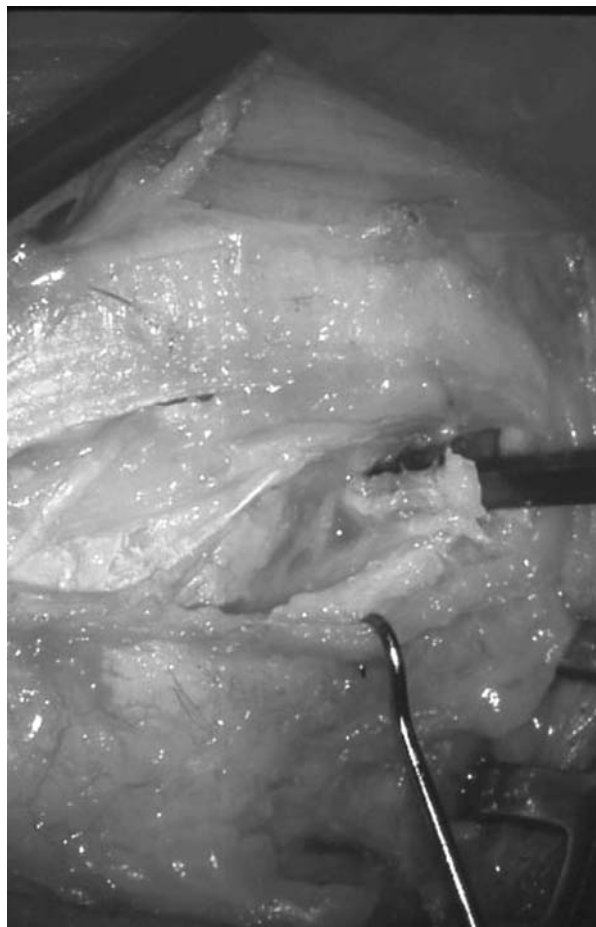


Figura 5. *Asportazione di piccola bratta ossea.*

stati mai notati apprezzabili deficit di forza o alterazioni della sensibilità. In tre casi si è avuta formazione cheloidea in sede di cicatrice.

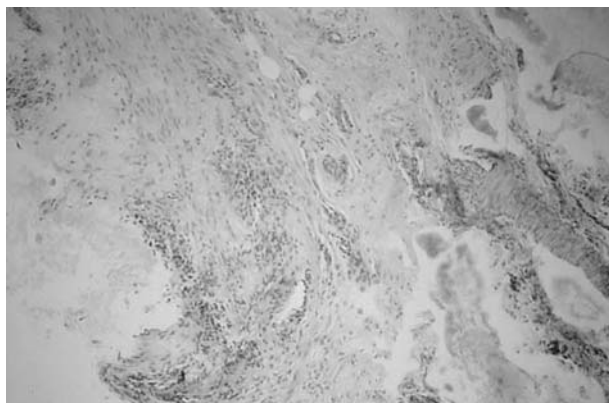


Figura 6. *Aspetto istologico: trasformazione mucosa del tessuto tendineo; presenza di elementi mixoidi.*



Figura 7. *Caratteristica presenza di elementi flogistici di tipo linfo monocitario ed elementi nervosi in discreto numero.*

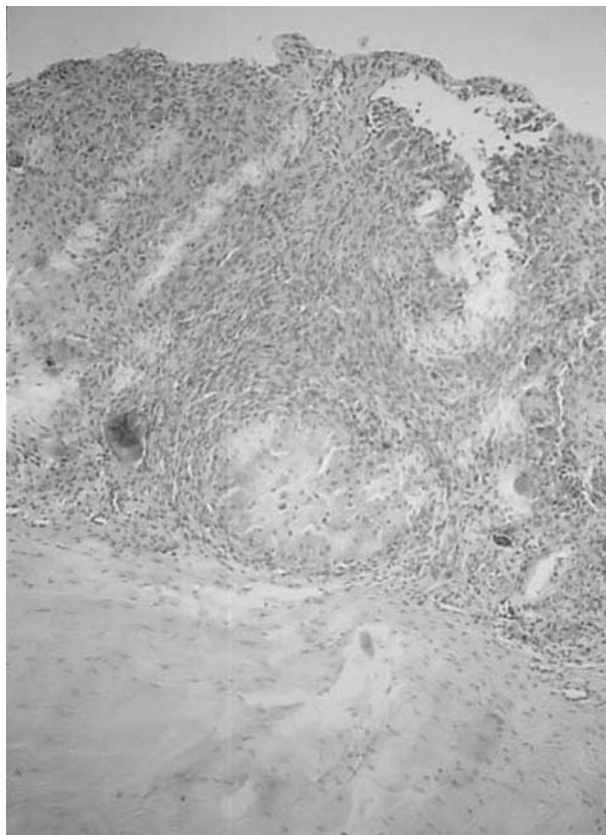


Figura 8. *Visione microscopica del granuloma con netto vallo di separazione tra tessuto normale ed infiltrato linfomonocitario.*

CONCLUSIONI

Riteniamo che la metodica di Froimson sia da preferire nel trattamento delle forme pure di epicondiliti, accertate con accurato esame clinico strumentale e condotta con opportuna strumentazione. La conferma anatomico patologica avvalorà in ogni caso il carattere di corretto approccio terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Kaplan EB. Treatment of tennis elbow by denervation. *J Bone Joint Surg* 1959; 41A: 147-51.
2. Hohmann G. Tennisellenbogen. *Verhandl Deuts Orthop Ges* 1927; 21: 349.
3. Bosworth DM. Surgical Treatment of tennis elbow: a follow up study. *J Bone Joint Surg* 1965; 47A: 1533-6.
4. Goldie I: Epicondylitis lateralis humeri. *Acta Chir Scand* 1964; suppl. 339: 1-119.
5. Coonrad RW, Hooper WR. Tennis elbow. *J Bone Joint Surg* 1973; 55A: 1177-82.
6. Perugia L, et al. I tendini. Masson, 1982.
7. Froimson AI. Tenosynovitis and tennis elbow. In Green DP: *Operative Hand Surgery*. Churchill-Livingstone, 1982: 1507-21.
8. Castagnaro A, Curini Galletti F. Epicondylalgia omerale esterna: confronto tra le tecniche di Froimson e di Hohmann. *Riv Chir Mano* 1990; 27: 287-91.