

**Le tendiniti** sono delle patologie frequenti e diverse secondo la localizzazione, la causa e la durata. Il primo consiglio é quello di non tardare a consultare il vostro medico se i sintomi della tendinite non scompaiono con l'applicazione ripetuta di ghiaccio, il riposo dell'articolazione e l'assunzione di paracetamol (acetaminofene) o d'anti-infiammatori non steroidi (AINS). In effetti, se i mesi passano, la tendinopatia diventa cronica e molto più difficile a trattare. Nella mia esperienza, dopo i primi trattamenti, la rieducazione fatta da un fisio o chinesioteapeuta é spesso efficace per alleviare il dolore, favorire la cicatrizzazione del tendine ed evitare recidive e cronicità.

### **Che cos'è una tendinite?**

Una tendinite corrisponde **all'infiammazione di un tendine o della sua guaina**; i tendini sono delle specie di « corde » costituite da fibre collagene che permettono di attaccare i muscoli alle ossa. La tendinite si traduce principalmente con un dolore, talvolta accompagnato da un gonfiore al livello del tendine colpito. Tutti i tendini possono essere soggetti a tendinite, ma le più frequenti sono: della spalla, del tendine d'achille, del ginocchio, del gomito, del polso, dell'anca (adduttori).

Le tendiniti sono più frequenti negli sportivi dilettanti o professionisti, e le persone che fanno gesti ripetitivi, come sul lavoro.

### **Cause della malattia.**

Parecchi elementi possono essere all'origine di una tendinopatia o tendinite. Il dolore si installa progressivamente a causa della ripetizione d'un movimento o della sollecitazione eccessiva del tendine.

Così, spesso, la tendinite é legata :

- alla pratica di uno sport (sollecitazione eccessiva, preriscaldamento insufficiente, gesto tecnico non appropriato, cambio brutale di materiale...);
- all'esercizio di una professione che necessita movimenti ripetitivi;
- a dei microtraumi ripetuti del tendine;
- a una cattiva posizione o ad una prolungata postura particolare.

NB: alcuni traumi infiammatori come la spondiloartropatia o la poliartrite reumatoide possono essere la causa dell'infiammazione del tendine. Come pure l'assunzione di medicinali e di steroidi anabolizzanti (che causano la rottura del del tendine) possono essere in alcuni casi la causa di tendiniti.

### **Evoluzione e complicazioni possibili**

Normalmente le tendiniti guariscono bene con il riposo e la rieducazione.

Tuttavia, se il tendine ferito non é messo a riposo, le fibre possono impiegare più tempo a ripararsi, perdere elasticità e irrigidirsi. Inoltre il tendine puo' rompersi se é troppo danneggiato o sotto l'effetto di uno choc o di uno sforzo troppo violento.

### **Sintomi**

I principali sintomi della tendinite sono :

- dei dolori che sorgono quando si muove la parte e che si calmano a riposo;
- un gonfiore al livello dell'articolazione puo' essere presente, ma non é sistematico.

E' frequente che i dolori persistano durante parecchie settimane, soprattutto se la tendinite non é presa come si deve e diventa cronica.

Cicatrizzando, le fibre lesionate del tendine possono anche formare un nodulo.

### **Fattori di rischio**

La pratica intensa di uno sport, una professione che esige dei gesti ripetitivi, l'obesità o il sovrappeso (lo zaino in spalla da un giorno all'altro).

### **Come prevenirla?**

Si possono adottare pratiche migliori, prima e durante lo sforzo, e correggere posture non corrette. Alla base di tutto sta il fatto di evitare il brusco cambiamento,

passando da una vita "normale" alla pratica sportiva, sia per il cambio quantitativo (portare pesi troppo pesanti, correre su troppa lunga distanza, ricominciare subito lo sforzo dopo una pausa) o qualitativo (esercizi differenti, cambio di terreni o superfici, cambio di materiale).

Di regola si raccomanda

- di fare preriscaldamento di almeno 10 minuti e degli stiramenti;
- di ben padroneggiare i gesti tecnici, facendo esperienza presso gli specialisti, per evitare posizioni sbagliate o movimenti scorretti;
- di evitare di fare sforzi in condizioni estreme di freddo o umido;
- **di idratarsi bene, poiché la disidratazione favorisce la tendinite;**
- di dotarsi di un equipaggiamento adatto (scarpe...);
- **di fare stiramenti dolci dopo lo sforzo che rinforzano i tendini;**
- di fare delle pause regolari.

Nella maggior parte dei casi, la tendinite può essere guarita associando riposo, farmaci antidolore e rieducazione. Ma spesso la guarigione è lunga.

### **Trattamento antidolore**

Prima parte del trattamento secondo il **protocollo Ghiaccio, Riposo, Sollievo Contenzione.**

-Applicazione del ghiaccio: permette di ridurre il dolore ed il gonfiore. Bisogna applicare il sacchetto di ghiaccio avvolto in tessuto o un pack refrigerante sull'articolazione per 20 minuti, parecchie volte al giorno. Per le tendiniti croniche, l'applicazione di calore può anche aiutare.

-Riposo: bisogna cessare l'attività in causa per permettere al tendine di ripararsi. Il riposo è necessario durante il tempo che il dolore persiste, cioè da una a tre settimane per le tendiniti benigne, e da uno a tre mesi per le tendiniti croniche. L'immobilizzazione totale è contro indicata.

-Sollievo: nei casi di tendinite del ginocchio o del tendine d'Achille, può essere utile di sollevare la gamba a riposo per diminuire il gonfiore.

-Contenzione: un bendaggio elastico può anche essere utile nei casi di gonfiore dell'articolazione toccata.

### **Medicazione**

Per alleviare il dolore, l'assunzione di paracetamolo (efferalgan) è consigliata, senza passare la dose massima di 4 g/giorno.

La somministrazione d'anti-infiammatori non steroidi (AINS), come l'ibuprofene, può essere raccomandata per i dolori acuti. Tuttavia questa pratica è messa in causa nel trattamento di tendinopatie poiché non sono associate sempre a una infiammazione. **Anzi, si mette in evidenza che la somministrazione di ibuprofene ha un effetto deleterio sulla guarigione del tendine.**

Quando l'applicazione di ghiaccio ed il riposo adeguato del tendine non danno risultati tangibili, l'infiltrazione di corticoidi può alleviare il dolore e diminuire l'infiammazione. Tuttavia, questo può aumentare il rischio di rottura del tendine perché la persona non « sente » il dolore e quindi forza di più.

In fase acuta, l'applicazione di una crema o gel è preferibile all'assunzione per via orale, poiché allevia il dolore senza dare effetti secondari.

### **Rieducazione**

La kinesiterapia (o fisioterapia) è fondamentale per evitare recidive, per favorire la cicatrizzazione del tendine e permettere la ripresa della pratica sportiva.

La rieducazione comprende generalmente :

- dei massaggi in fase acuta per alleviare il dolore ed aumentare il flusso sanguigno che favoriscono la cicatrizzazione del tendine. Il massaggio trasversale profondo è spesso usato, ma è ancora soggetto a controversie scientifiche;

- degli stiramenti permettono di rimobilizzare progressivamente il tendine, di allungarlo e di ridurre i rischi ulteriori di lesione;
- degli esercizi di «lavoro muscolare eccentrico», il cui scopo é di permettere di rinforzare il muscolo ed il tendine per sopportare meglio le costrizioni della pratica sportiva. Questa tecnica di rieducazione é efficace per le tendinopatie, se gli esercizi sono praticati ogni giorno durante tre mesi, cosa che richiede una certa motivazione!
- degli ultrasuoni o onde di choc sono spesso usati per la terapia antalgica, ma nessuno studio ha ancora dimostrato la loro efficacia, salvo nei casi di calcificazione.

## Bibliografia

Mayo Foundation for Medical Education and Research (Ed). Diseases & Condition - Tendinitis, MayoClinic.com. [www.mayoclinic.com](http://www.mayoclinic.com)

Natural Standard (Ed). Natural Standard Joint, tendon, and muscle pain. Nature Medicine Quality Standards. [www.naturalstandard.com](http://www.naturalstandard.com)

Tendinopathy—from basic science to treatment. Graham Riley. Nature Clinical Practice Rheumatology (2008) 4, 82-89

Treatment of tendinopathy: what works, what does not, and what is on the horizon. Andres BM, Murrell GA. Clin Orthop Relat Res. 2008 Jul;466(7):1539-54. Epub 2008 Apr 30.

Chiropractic management of tendinopathy: a literature synthesis. Pfefer MT, Cooper SR, Uhl NL. J Manipulative Physiol Ther. 2009 Jan;32(1):41-52.

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS). Bursitis and Tendinitis. [Consulté le 7 avril 2012]. [www.niams.nih.gov](http://www.niams.nih.gov)

## Note

1. Models for the study of tendinopathy. Dirks RC, Warden SJ. Musculoskeletal Neuronal Interact. 2011 Jun;11(2):141-9.

2. Tendinopathies : physiopathologie et options thérapeutiques conservatrices. P.-E. Fournier G. Rapport. Revue médicale Suisse num 28, 27 mai 2005.

3. The basic science of tendinopathy. Xu Y, Murrell GA. Clin Orthop Relat Res. 2008 Jul;466(7):1528-38. Epub 2008 May 14.

4. Anti-inflammatoires non stéroïdiens en médecine du sport : utilité et controverses. Ziltener JL, Leal S, Fournier PE. Ann Phys Rehabil Med. 2010 May;53(4):278-82, 282-8.

5. Tendinopathies : quels sont les traitements efficaces en physiothérapie ? S. Gard. Revue Médicale Suisse N° 120 publiée le 02/08/2007

6. Lésions du tendon d'Achille chez le «sportif» : étiologie et prise en charge. J.-L. Ziltener, S. Leal, M. Grosclaude. Rev Med Suisse 2011;7:595-603
  7. The effectiveness of extra corporeal shock wave therapy for plantar heel pain : A systematic review and meta-analysis. Thomson CE, Crawford F, Murray GD. BMC Musculoskelet Disord 2005;6:19
  8. Randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial evaluating the treatment of plantar fasciitis with an extracorporeal shockwave therapy (ESWT) device: a North American confirmatory study. Kudo P, Dainty K, et al. J Orthop Res. 2006 Feb;24(2):115-23.
  9. Extracorporeal shockwave therapy in musculoskeletal disorders. Wang CJ. J Orthop Surg Res. 2012 Mar 20;7(1):11. [Epub ahead of print]
  10. Tendinopathies : quels sont les traitements efficaces en physiothérapie ? S. Gard. Revue Médicale Suisse N° 120 publiée le 02/08/2007
  11. Tendinopathies du coude. A. Haddad. Revue du Rhumatisme Monographies, Volume 79, Issue 2, April 2012, Pages 64-71
  12. Types and epidemiology of tendinopathy. N. Maffulli, J. Wong, L. C. Almekinders, Clin Sports Med 22 (2003) 675 – 692.
- Professeur Jacques Allard M.D FCMFC. avril 2012