

Zeitschrift:	Macolin : mensile della Scuola federale dello sport di Macolin e di Gioventù + Sport
Herausgeber:	Scuola federale dello sport di Macolin
Band:	52 (1995)
Heft:	7
Artikel:	Tennis : quando è il gomito che miagola
Autor:	Liguori, Vincenzo
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-999446

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 03.02.2026

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

Tennis

Quando è il gomito che miagola

di Vincenzo Liguori

Dieci milioni di volte. Ecco quante volte un tennista di buon livello, colpisce la palla con la racchetta nell'arco di dieci anni. Non c'è da meravigliarsi, dunque, che i dolori al gomito rappresentino la patologia più frequente nei tennisti. Tanto frequente da meritarsi un capitolo nella medicina dello sport, che gli inglesi hanno battezzato «tennis elbow» e gli italiani «gomito del tennista».

La battuta ...

L'epicondilite

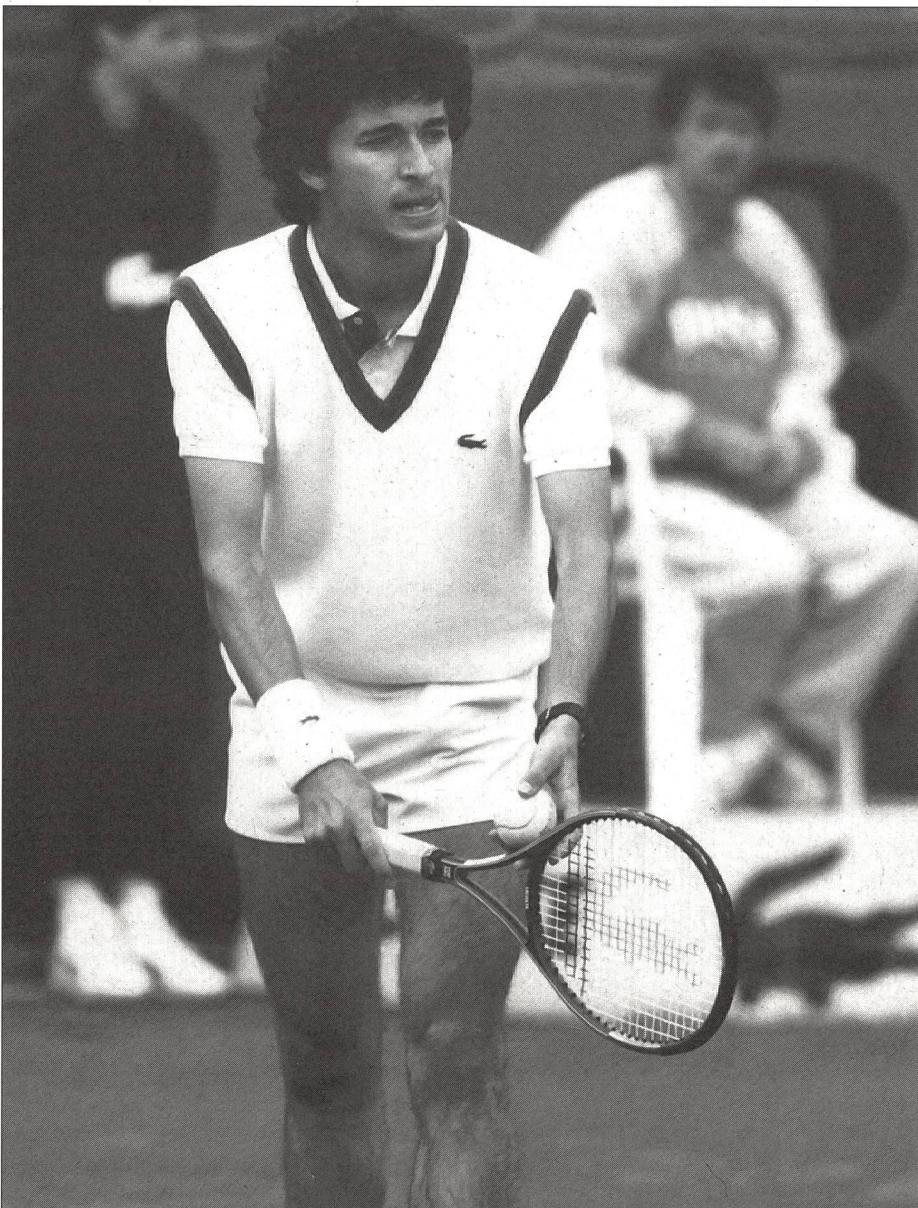
Solo i golfisti e, ahimè, più prosaicamente le casalinghe che stirano nell'arco di una vita con amorevole cura montagne di indumenti appena lavati, possono sapere cosa significa avere un tale dolore al gomito da non riuscire nemmeno a tenere in mano una bottiglia di acqua.

Tra i tanti medici che hanno studiato da vicino il problema, un posto d'onore dobbiamo senz'altro assegnare al francese Jacques Parier, autore di un saggio sul tema che consigliamo vivamente di leggere («Technopathies du tennis» ed. Ciba-Geigy). Vediamo allora di lasciarci guidare sulla strada della conoscenza di questo fastidioso disturbo, in grado di trasformare un promettente tennista in un brocco.

Scopriamo così che non esiste solo una, ma diverse forme di «tennis elbow». Nove volte su dieci si tratta di una infiammazione dei tendini dei muscoli estensori del polso e della mano alla loro inserzione sull'osso. Il dolore viene avvertito nella regione laterale del gomito, l'osso in questione si chiama epicondilo, da qui deriva il nome di epicondilite.

Più raramente può localizzarsi nella regione mediale, a livello della epitroclea, dove si inseriscono i muscoli flessori. In questo caso si definisce epitroleite o epicondilite mediale. Il dolore ha un inizio subdolo, aumenta man mano che si sforza il gomito e viene sentito in maniera molto acuta quando vengono messi in contrazione i flessori, come è il caso del rovescio nel tennis. In questo gesto, in-

fatti, gli estensori del polso ed il secondo radiale devono contrarsi per far fronte alla forza provocata dalla palla al suo impatto con la racchetta. Negli altri, cioè mediamente una volta su dieci, entrano in linea di conto altre patologie. Alcuni autori pensano ad un ispessimento del legamento anulare del radio e all'ipertrofia della sinoviale nell'articolazione omero-radiale. Altri preferiscono attribuirla ad una infiammazione del tessuto che circonda l'osso, a seguito dei microtraumi provocati dallo sfregamento della pelle sull'epicondilo. Altri ancora pensano ad una infiammazione della borsa che si trova tra i tendini epicondilei ed il periostio dell'epifisi distale dell'omero.



Chi è a rischio

Quale che sia la causa, ad esserne colpiti sono soprattutto tennisti o golfisti di più di 20 anni di età, con un'incidenza massima intorno ai 35-40 anni. Spesso si tratta di principianti. In questo caso si tratta di sportivi dilettanti. Persone che non padroneggiano a sufficienza la tecnica o più spesso si lanciano in sfide estenuanti, per alcune ore durante un torneo o una vacanza, mentre normalmente non sono abituati a giocare che qualche ora al mese.

In taluni casi si scopre che si è cambiato partner, trovandosi di fronte un avversario molto più forte. Oppure che si è cambiata la racchetta, magari anche passando da una di qualità mediocre ad una per tornei! In tutti questi casi è il sovraccarico di lavoro per il gomito la causa scatenante. Le persone più in avanti negli anni sono più esposte perché le strutture tendinee subiscono le conseguenze dell'invecchiamento che si manifesta con alterazione e degenerazione delle strutture osteoarticolari.

La tecnica

Il perché l'epicondilite sia l'incubo del tennista è facilmente intuibile. Nella presa della racchetta i muscoli più sollecitati sono gli estensori e flessori della mano. Gli estensori si inseriscono lateralmente sull'epicondilo e i flessori medialmente sull'epitroclea che vanno a costituire l'articolazione del gomito. Già la sola presa della racchetta a martello li mette in tensione. Per questo si consiglia tra un colpo e l'altro, di passare la racchetta nell'altra mano o almeno di rilasciare la forza di prensione delle dita. La presa a due mani, come è stata adottata da molti campioni nel rovescio, costituisce quindi un ottimo mezzo di prevenzione.

È proprio nel rovescio, infatti, che la contrazione dei muscoli estensori è più intensa. È proprio nel rovescio che il dolore si manifesta con maggiore intensità. Molti dilettanti giocano inoltre di polso, così come si fa nel ping pong. Questo movimento provoca alla lunga dei microtraumi

che sono mal tollerati. Lo stesso errore viene commesso quando si colpisce la palla nel diritto con il braccio completamente esteso, anziché, come si dovrebbe, con il gomito piegato 10-15 gradi.

In certi frangenti è comunque necessario colpire la palla con il gomito in estensione massima, come è il caso del servizio. In questa situazione il microtrauma scarica tutta la forza sulla regione esterna dell'articolazione.

La preparazione del colpo, se ben condotta, permette di dare al colpo la giusta forza.

Una preparazione condotta in ritardo, con la palla troppo vicina, deve essere compensata con un'accelerazione massima per dare maggiore slancio. Tutto questo si in una maggiore fatica. Il gesto del tennista deve essere dolce e vanno evitate dunque tutte le accelerazioni e gli arresti troppo bruschi.

Il materiale

Grande importanza nella prevenzione del «tennis elbow» viene oggi data la scelta del materiale.

Innanzitutto la racchetta. Quante volte una racchetta di pochi franchi svolge meglio la sua funzione di un'altra, costosissima, ma inadatta alle qualità del tennista dilettante. Sicuramente da preferire sono quelle di materiali compositi (grafite,

kevlar, ecc.) perché meno soggette a vibrazioni e quindi potenzialmente meno traumatizzanti.

Il peso non dovrebbe superare i 340-360 grammi, dovrebbe essere leggera in testa, con impugnatura adeguata alla propria presa e rivestimento che offra una sufficiente aderenza.

Le vibrazioni provocate dall'impatto della palla sulla racchetta si trasmettono al gomito provocando dei microtraumi. Non c'è quindi da meravigliarsi se i tecnici sono sbizzarriti a ricercare il sistema migliore per costruire racchette che ammortizzino al massimo le vibrazioni. Certo molto dipende da dove viene colpita la pallina. Se l'impatto avviene al centro della racchetta, la scossa viene attutita al massimo.

Le palle dure provocano dei fenomeni vibratori più nocivi rispetto alle palle a più bassa pressione. Le corde sono poi l'altro elemento essenziale nella trasmissione delle vibrazioni. La grande disputa tra fautori di corde composte da materiale naturale o sintetico vede nettamente vincente il primo.

Gatto o bue?

Gli amanti degli animali saranno contenti di sapere che i gatti non hanno nulla a che fare con il materiale con cui sono costruite le corde. L'equivoco nasce dal fatto di aver

... ed il rovescio sono i gesti che sollecitano di più il gomito.



battezzato con il nome di «cut gut» (intestino di gatto) quello che invece viene fabbricato a partire dall'intestino di bue. Interessante sapere che ci vogliono 15 chili di intestino di bue per ottenere un cordaggio che pesa solo 16-20 grammi. Da cosa deriva allora il nome di «cut gut»? Null'altro che dal fatto che le vibrazioni delle corde naturali rassomigliano vagamente al miagolio del simpatico felino.

Ottima comunque la performance del «cut gut», insuperabile per elasticità, comfort nel gioco e resa, in quanto ritorna rapidamente nelle condizioni di riposo dopo l'impatto con la pallina. I guai cominciano quando si parla di prezzo e di durata, nonché di resistenza all'umidità. Non tutti possono permettersi, infatti, di cambiare le corde ad ogni match, o quando le corde si inumidiscono a seguito di un acquazzone, come fanno i campioni

Il rovescio a due mani, invece, è un ottimo mezzo di prevenzione.

che mandano la fattura allo sponsor.

Le corde sintetiche, un tempo di nylon, sono oggi fabbricate con poliamide, poliuretano, kevlar, fibre di vetro e perfino titanio, sapientemente e variamente miscelati. I pregi sono una grande resistenza alle variazioni climatiche (si può giocare tranquillamente anche sotto la pioggia) pur con prestazioni che rimangono inferiori al «cut gut».

confermare che l'impugnatura più piccola fa diminuire fino a sei volte l'incidenza del gomito del tennista. Una certa importanza ha anche il rivestimento. Più questo consente di mantenere una certa aderenza, migliore sarà la presa, e più saranno attenuate le vibrazioni. Importante è cambiare regolarmente il rivestimento del manico che, a causa del sudore, tende ad usurarsi ed a far perdere di aderenza.

L'impugnatura

Due parole infine sul manico. Secondo gli insegnamenti classici nell'impugnare la racchetta si deve poter ancora passare con l'indice dell'altra mano tra base del pollice e medio. Per altri il manico è così ancora troppo grosso e dovrebbe allora esserci uno scarto di altri 2-5 millimetri. Alcuni studi sembrerebbero

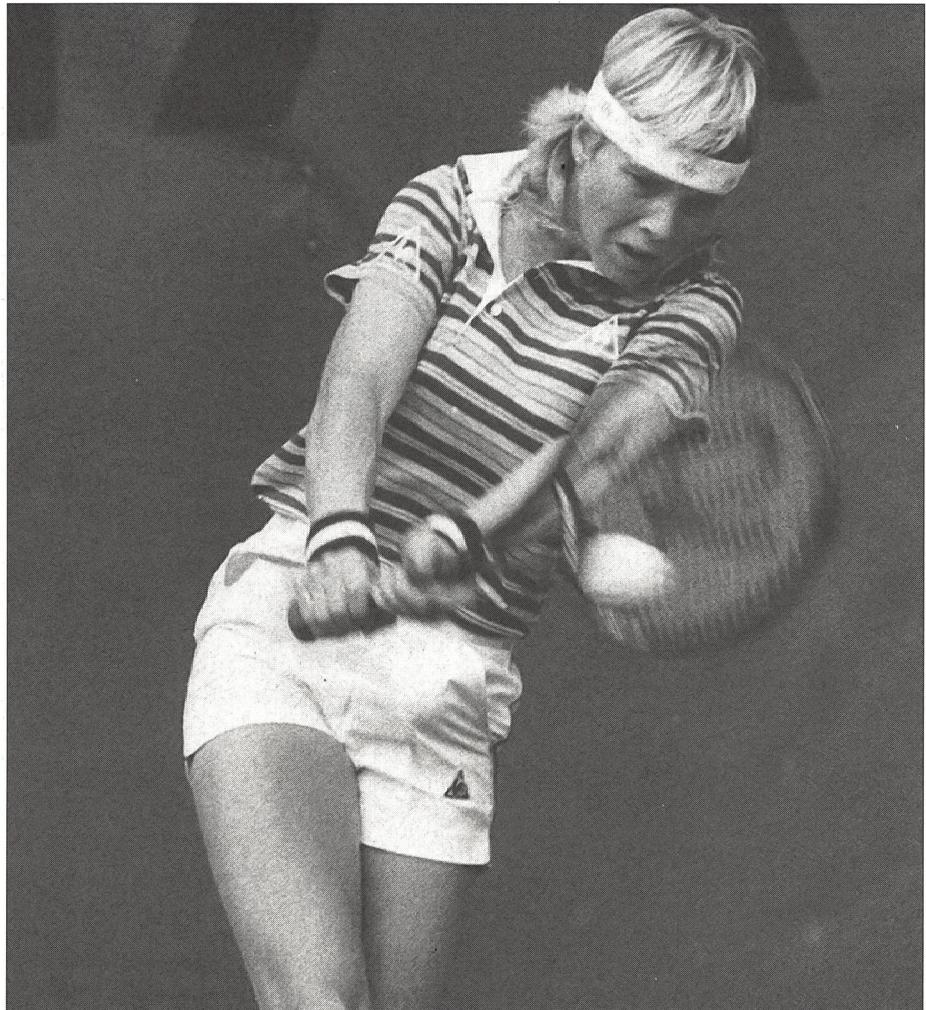
Che fare?

Non rimane ora che chiederci che fare, nel malaugurato caso che si sia colpiti da una fastidiosa epicondilite. Prima di tutto occorre individuare e se possibile eliminare le cause scatenanti. Bisogna quindi partire da un'accurata valutazione ergonomica dell'attività sportiva, correggendo le cause meccaniche dell'infiammazione. Questo costituisce la migliore profilassi delle recidive e garantisce il successo alle cure.

Il primo provvedimento cui normalmente si ricorre è la prescrizione di farmaci antiinfiammatori appartenenti alla categoria dei «non steroidi» (i cosiddetti FANS). Queste sostanze hanno la capacità di eliminare o ridurre il dolore ma esercitano un modesto effetto terapeutico se non accompagnate da altre misure. Le lamine tendinee che si inseriscono sull'epicondilo e sull'epitroclea, come rilevano Postacchini e Massobrio, sono scarsamente vascolarizzate. Poiché quindi non attiva sangue a sufficienza, anche la sostanza attiva non raggiungerà localmente una concentrazione efficace.

Cura locale

Maggiore efficacia riveste la cura topica, cioè locale. Il freddo, sotto forma di applicazione di ghiaccio, è la prima medicina. Basta prendere un cubetto di ghiaccio dal frigorifero e massaggiare dolcemente con leggeri movimenti rotatori la zona dolorosa. Il tutto per una durata che non deve superare i dieci minuti, intervallata da pause di almeno due ore. Alla lunga infatti il freddo può provocare più danni che sollievo. Anche l'applicazione sul gomito di creme e gel antiinfiammatori è effi-



cace. L'ultimo ritrovato è un prodotto frutto della ricerca della IBSA, ditta farmaceutica ticinese che ha brevettato in Europa un plaster contenente un antiinfiammatorio, il Diclofenac. Questo plaster (conosciuto con il nome commerciale di FLECTOR tissugel) si applica come un vero e proprio cerotto autoadesivo. Il plaster contiene la sostanza attiva che viene rilasciata lentamente, nell'arco di 24 ore, sulla regione infiammata.

Più aggressivo è il trattamento con iniezioni locali di anestetico e una forma ritardo di cortisonico (ad esempio metilprednisolone + carbocaina 1% 1ml). Sono in genere sufficienti due o tre infiltrazioni tra l'inserzione tendinea ed il sottocutaneo praticate a distanza da una settimana all'altra. Queste terapie possono garantire il successo in un'alta parte dei casi.

Il riposo

Nessuna terapia sarà comunque efficace se non accompagnata da un congruo periodo di riposo. Spesso il riposo completo dell'articolazione può essere ottenuto solo con l'applicazione di un gesso allo scopo di immobilizzare il gomito e impedire la sollecitazione sulla giunzione osteotendinea.

Più raffinati sono certi tutori ortopedici, sotto forma di «brace», che non sono altro che speciali bendaggi applicati al terzo prossimale dell'avambraccio. Questi tutori sono in grado di impedire il movimento di pronosupinazione dell'avambraccio e quindi mettono a riposo gli estensori impedendone la contrazione.

La terapia fisica, a base di correnti diadiamiche, ionoforesi, ultrasuoni e laserterapia, rappresenta un complemento alle cure indicate.

La terapia chirurgica, come ultima spiaggia, è indicata quando la sintomatologia perdura tre mesi e tutte le altre cure si sono rivelate inefficaci. Scopo dell'intervento è ridurre la tensione esercitata dai muscoli epicondilei sulla giunzione osteotendinea, di asportare i tessuti interessati dal processo infiammatorio o da calcificazioni e di favorire la rigenerazione di tessuto sano a livello inserzionale. Gli interventi chirurgici conoscono comunque una discreta percentuale di insuccessi. ■

Trattamento

Terapia medica

Farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS) per ridurre l'infiammazione (es. Flector 50 mg cpr).

Cura topica con gel a base di FANS (es. Flector tissugel plaster).
Ghiaccio.

Infiltrazione locale di anestetici.

Infiltrazione locale di combinazione di anestetico+cortisonico.

Provvedimenti generali

Immobilizzazione del gomito in gesso.

Limitazione dei movimenti con tutori per l'avambraccio tipo «brace».

Bendaggio tipo taping che impedisca la pronosupinazione.

Terapia fisica

Laserterapia.

Ultrasuoni.

Correnti dinamiche.

Terapia chirurgica

Indicata quando le cure mediche, continue per l'arco di tre mesi, non risolvono la sintomatologia.

Cure successive

Non riprendere l'attività sportiva prima che la sintomatologia non sia completamente risolta. In seguito riprendere gradualmente l'attività.

Seguire una dieta bilanciata con sufficiente apporto di liquidi e di sali minerali.

Rinforzare la muscolatura dell'arto superiore.

Stretching

Esercizio: a braccio esteso flettere il polso e premere il dorso della mano contro un muro per circa un minuto in modo da stirare i muscoli dell'avambraccio interessati.

Controllare il materiale (racchetta, incordatura, palle, impugnatura).

Rivedere la tecnica correggendo gli errori di impostazione.

Prevenzione

Non iniziare attività agonistica o troppo intensa prima di aver raggiunto una sufficiente preparazione.

Intervallare frequenti periodi di riposo.

Praticare esercizi di potenziamento muscolare per l'avambraccio.

Praticare un riscaldamento completo e graduale.

Prendere lezioni da istruttore qualificato se si è principianti.