

Template Articol Blog

Dată publicare	Septembrie 2026
Audiență	Pacienți care acuză durere la nivelul cotului și vor să înțeleagă despre ce ar putea fi vorba, înainte de a ajunge la o consultație de specialitate.
KEYWORD Principal	Durere cot
KEYWORDS Secundare	epicondilita epicondilita laterală epicondilita medială bursita nervul ulnar tunel cubital compresie nervoasă sindromul de tunel cubital bursita olecraniană nervul radial poliartrita poliartrita reumatoidă redoare articulară
Link-uri interne - out	• https://chirurgiamainii.ro/pagina-de-contact-chirurgia-mainii/ • Epicondilită cot: ce se întâmplă în lipsa tratamentului? (nepublicat încă) • https://chirurgiamainii.ro/chirurgia-mainii-pe-terenul-de-tenis-e-epicondilita-laterala/ • https://chirurgiamainii.ro/servicii/sindrom-de-tunel-cubital/ • https://chirurgiamainii.ro/servicii/sindromul-de-tunel-carpian/ • https://chirurgiamainii.ro/servicii/artroza-mainii/ • https://chirurgiamainii.ro/servicii/redoarea-articulara-2/ • https://chirurgiamainii.ro/servicii/artrita-reumatoida/ • https://chirurgiamainii.ro/tot-ce-trebuie-sa-stii-despre-amortirea-mainilor/ • https://chirurgiamainii.ro/servicii/artroliza/ • https://chirurgiamainii.ro/terapia-mainii/orteze-personalizate-2/ • https://chirurgiamainii.ro/terapia-mainii/ • https://chirurgiamainii.ro/terapia-mainii-disciplina-cheie-in-recuperarea-post-chirurgicala/

Link-uri interne - in	• Epicondilită cot: ce se întâmplă în lipsa tratamentului? (nepublicat încă) • https://chirurgiamainii.ro/chirurgia-mainii-pe-terenul-de-tenis-e-picondilita-laterala/ • https://chirurgiamainii.ro/servicii/sindrom-de-tunel-cubital/
Link-uri externe	• https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431092/ • https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557869/ • https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534226/ • https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513235/

Titlul articolului

Durere cot: cauze, simptome și tratament

Title tag

Durere cot: cauze, simptome și tratament

Meta Description

Durere cot: ghid despre cauzele posibile, semnele care le diferențiază, investigațiile necesare și tratamentele care dau rezultate.

Materiale necesare

Un studiu de caz, imagini before and after.

H1: Durere cot: cauze, simptome și tratament

Durerea de la nivelul cotului are aproape întotdeauna o explicație la îndemână, fie o noapte petrecută într-o poziție incomodă, fie o zi de muncă mai solicitantă decât de obicei. Explicația pare suficientă și, de cele mai multe ori, chiar este, pentru că disconfortul se reduce după câteva zile în care brațul este menajat.

Lucrurile se schimbă atunci când durerea nu dispare. Revine la aceleași gesturi, apoi apare la tot mai multe activități obișnuite, iar motivele găsite la început nu mai explică nimic. Din acel moment nu mai vorbim despre o suprasolicitare trecătoare, ci despre o afecțiune care are nevoie de un diagnostic.

Dificultatea vine din faptul că aceeași durere, resimțită uneori chiar în același punct, poate avea cauze complet diferite. Un tendon uzat prin efort repetitiv, un nerv comprimat pe traseul său prin articulație, o bursă inflamată sau o problemă care pornește din afara cotului dau senzații asemănătoare. Tratamentele, în schimb, nu seamănă între ele, iar uneori se exclud reciproc.

Mai există un aspect pe care pacienții nu au cum să îl anticipeze. La nivelul cotului există câteva afecțiuni în cazul cărora rezultatul tratamentului depinde de momentul intervenției, iar intensitatea durerii nu este un indiciu pentru gravitatea situației.

H2: Durere cot: de ce apare atât de des?

PE SCURT: Cotul adună într-un spațiu mic trei oase, tendoane, trei nervi principali și o bursă. Oricare dintre aceste structuri poate produce durere, iar simptomele se aseamănă între ele. Locul durerii, modul în care a apărut și semnele asociate restrâng lista cauzelor posibile, fără să stabilească singure diagnosticul.

Durerea la nivelul cotului este o problemă frecventă. Epicondilita laterală, cea mai obișnuită dintre cauze, afectează singură între 1% și 3% dintre adulți, iar la acestea se adaugă compresiile nervoase, bursitele și leziunile traumatiche.

Explicația ține de anatomie. Cotul pare o articulație simplă, cu două mișcări principale, flexia și extensia, adică îndoirea și întinderea brațului. În realitate, la acest nivel se adună într-un spațiu foarte mic structuri cu roluri complet diferite.

Aici se unesc trei oase: humerusul, radiusul și ulna. Peste ele trec tendoanele mușchilor responsabili de mișcarea pumnului și a degetelor, iar prin aceeași regiune îngustă trec trei dintre nervii importanți ai brațului: radialul, ulnarul și medianul. La vârful cotului se află și o bursă, o pungă mică plină cu lichid, care reduce frecarea dintre os și piele.

Oricare dintre aceste structuri poate deveni sursa durerii, iar simptomele pe care le produc seamănă mai mult decât ne-am aștepta.

De aici vin și întrebările cu care începe orice consultație:

- Unde doare exact?
- Cum a apărut durerea?
- Ce alte semne o însoțesc?
- Ce anume o accentuează sau o ameliorează?

Senzația de amortire, o umflătură, blocajul articular sau scăderea forței schimbă complet direcția examinării.

Răspunsurile la aceste întrebări restrâng lista cauzelor posibile, dar nu pun diagnosticul. Primul reper rămâne locul în care apare durerea, pentru că fiecare regiune a cotului cuprinde alte structuri.

H2: Durere cot: cauze localizate pe partea exterioară

PE SCURT: Pe partea exterioară apar cele mai multe cazuri. Epicondilita laterală dă durere într-un punct precis, care se accentuează la ridicarea pumnului contra rezistenței. Compresia nervului radial produce durere mai difuză, resimțită câțiva centimetri mai jos, adesea nocturnă. Deosebirea se face la examinare, iar tratamentul începe conservator în ambele situații.

Partea exterioară a cotului concentrează cele mai multe cazuri de durere, pentru că acolo se prind tendoanele mușchilor responsabili de ridicarea pumnului și tot pe acolo trece nervul radial. Două afecțiuni diferite pot da durere în aceeași zonă, deși nu în același punct, iar deosebirea dintre ele se face la examinare.

H3: Epicondilita laterală

Durerea apare la gesturi obișnuite: strângerea volanului, ridicarea unei sacoșe, răsucirea unei chei în broască. Se simte pe partea exterioară a cotului și coboară uneori spre antebraț.

Epicondilita laterală constă în uzura tendoanelor care pornesc de pe proeminența osoasă din exteriorul cotului, numită epicondil lateral, de unde vine și numele afecțiunii. Aceste tendoane aparțin mușchilor responsabili de ridicarea pumnului și a degetelor, iar cauza obișnuită este efortul repetitiv, la locul de muncă sau în sport. Terminația din denumire sugerează o inflamație, deși este vorba despre uzură, motiv pentru care termenul medical corect este tendinopatie, atât aici, cât și în celelalte afecțiuni tendinoase ale cotului. În ciuda denumirii populare de cot al tenismenului, jucătorii de tenis reprezintă doar aproximativ 10% dintre pacienți.

Ceea ce o deosebește de restul afecțiunilor din zonă este localizarea foarte precisă. Punctul dureros se simte la apăsare, pe o zonă de aproximativ un centimetru. Durerea se accentuează atunci când pumnul este ridicat împotriva unei rezistențe. Senzația de amorțire și furnicăturile lipsesc, iar dacă apar, ele nu se explică de obicei printr-o compresie a nervului radial la cot, ci trimit de obicei spre coloana cervicală sau spre iritarea unei ramuri senzitive de la nivelul antebrațului.

Netratată, durerea poate persista luni întregi. Forța de prindere scade, iar activitățile obișnuite devin dificile. Cele mai multe cazuri răspund însă la tratamentul conservator: reducerea solicitării, orteză și terapia mâinii. Ameliorarea cere de regulă câteva luni. Infiltrația ghidată ecografic rămâne o opțiune pentru situații selectate, ca măsură temporară, pentru că infiltrațiile cu corticosteroid ameliorează durerea pe termen scurt, dar dau rezultate mai slabe la 6-12 luni decât tratamentul prin exerciții. Operația devine o soluție doar atunci când simptomele persistă în ciuda acestui tratament.

H3: Compresia nervului radial la cot

Există și situații în care durerea are aceeași localizare, dar tratamentul pentru epicondilită nu dă rezultatele așteptate. În aceste cazuri, explicația poate fi compresia nervului radial.

Nervul trece prin partea exterioară a cotului și se împarte în ramuri care controlează ridicarea pumnului și a degetelor. Una dintre ele poate fi comprimată într-un spațiu îngust din masa musculară a antebrațului. Când compresia produce mai ales durere, afecțiunea se numește sindrom de tunel radial. Când afectează ramura motorie, apare sindromul de nerv interosos posterior, în care predomină slăbiciunea la ridicarea degetelor.

Deosebirea față de epicondilită se vede la examinare, prin poziția punctului dureros. Acesta se află mai jos, la câțiva centimetri sub epicondil, la nivelul masei musculare a antebrațului. Durerea este mai difuză, apare frecvent noaptea și se accentuează la mișcările de răsucire a antebrațului. Ambele forme afectează ramuri fără rol senzitiv, așa că senzația de amorțire lipsește.

Diagnosticul se pune prin examinare clinică, completată de ecografie și, în cazurile neclare, de electromiografie, care poate fi însă normală în această afecțiune. Tratamentul începe cu reducerea solicitării și cu terapia mâinii, iar dacă simptomele persistă se recomandă eliberarea chirurgicală a nervului.

H2: Durere cot: cauze localizate pe partea interioară

PE SCURT: Aici se află tendoanele flexoare, nervul ulnar și ligamentul colateral ulnar. Epicondilita medială produce durere la aruncare și la gesturile de strângere, iar sindromul de tunel cubital produce o senzație de amorțire în degetul mic și în jumătate din inelar, mai ales noaptea. Cele două pot apărea împreună, pentru că structurile sunt vecine.

Pe partea interioară a cotului se află, la doar câțiva centimetri distanță, tendoanele mușchilor responsabili de îndoirea pumnului și nervul ulnar. Simptomele lor sunt însă complet diferite.

Tot aici se găsește ligamentul colateral ulnar, care stabilizează articulația. Leziunile lui apar mai ales în sporturile cu aruncări repetate și se recunosc după senzația că articulația cedează la efort.

H3: Epicondilita medială

Aici durerea apare la aruncare, la strângerea puternică a unui obiect în mână sau la mișcările de răsucire cu palma în jos.

Mecanismul este același ca la forma laterală, prin solicitarea repetată a aceluiași tendoane. De data aceasta însă este vorba despre mușchii responsabili de îndoirea pumnului și a degetelor, cu originea pe epicondilul medial, proeminența osoasă din interiorul cotului. Denumirea populară vine din golf, dar afecțiunea este mult mai rară decât cea de pe partea exterioară și reprezintă [între 10% și 20%](#) dintre cazurile de epicondilită.

Cel mai util semn pentru diagnostic este punctul dureros de pe partea internă, sensibil la apăsare. Și aici durerea se accentuează la îndoirea pumnului împotriva unei rezistențe. Nervul ulnar trece la câțiva centimetri de acest punct, așa că cele două afecțiuni pot apărea împreună, cu simptome care se suprapun parțial.

Lăsată netratată, [epicondilita medială](#) devine cronică și limitează prinderea obiectelor. Tratamentul urmează aceleași etape ca în forma laterală, iar intervenția chirurgicală rămâne rezervată cazurilor care nu se ameliorează după mai multe luni.

H3: Sindromul de tunel cubital

Un tablou complet diferit apare atunci când pacienții se trezesc noaptea cu degetul mic amorțit. Senzația dispare dacă brațul este întins, revine în noaptea următoare, iar cu timpul se instalează și în timpul zilei.

Explicația ține de traseul nervului ulnar, care trece prin spatele epicondilului medial, printr-un canal îngust numit [tunel cubital](#). Când cotul rămâne îndoit perioade lungi, nervul este întins, iar presiunea din canal crește. Este [a doua compresie nervoasă ca frecvență](#) la nivelul membrului superior, după [sindromul de tunel carpian](#).

Semnele sunt relativ ușor de recunoscut. Senzația de amorțire cuprinde degetul mic și jumătatea dinspre el a inelarului, iar faptul că inelarul amorțește doar pe jumătate este detaliul care deosebește compresia ulnară de o problemă pornită din coloana cervicală. Este cuprinsă și fața dorsală a mâinii, spre deosebire de compresia nervului ulnar la încheietură. La lovirea zonei se simte o descărcare asemănătoare unui curent electric, care coboară spre aceleași degete. În formele avansate ale afecțiunii scade forța de prindere, mușchii mici ai mâinii se atrofiază, adică își pierd din volum, iar mișcările fine devin dificile.

Aceste modificări nu sunt întotdeauna reversibile după operație, motiv pentru care un consult făcut devreme schimbă prognosticul. Tratamentul începe cu o orteză de noapte care menține cotul întins și cu evitarea sprijinului pe cot. Dacă simptomele persistă sau apare slăbiciunea musculară, se recomandă eliberarea chirurgicală a nervului.

H2: Durere cot: cauze localizate pe partea din față

PE SCURT: În plica cotului, problemele apar brusc sau prin compresie nervoasă. Ruptura tendonului distal al bicepsului se produce într-o secundă, cu pocnitură și scăderea forței de răsucire, iar refacerea dă rezultate mai bune în primele trei săptămâni. Sindromul de pronator comprimă nervul median și dă o senzație de amorțire în primele trei degete.

Plica cotului, adică partea din față a articulației, adăpostește tendonul distal al bicepsului și nervul median. Spre deosebire de celelalte regiuni, aici uzura lentă prin efort repetitiv este rară. Problemele apar fie brusc, printr-o ruptură, fie prin compresia nervului.

H3: Ruptura tendonului distal al bicepsului

Spre deosebire de afecțiunile prezentate până acum, care se instalează treptat, ruptura tendonului distal al bicepsului se produce într-o secundă. Pacientul ridică o greutate, simte o pocnitură în plica cotului, apoi o durere puternică.

Durerea, umflătura și vânătăia (echimoza) se reduc de obicei în primele două săptămâni. Rămâne însă slăbiciunea, iar impresia că problema s-a rezolvat explică de ce mulți pacienți amână consultul.

Tendonul distal al bicepsului leagă mușchiul de osul radius și asigură îndoirea cotului și, mai ales, răsucirea antebrațului cu palma în sus. De obicei, efortul care duce la ruptură se face cu cotul îndoit, iar fumatul și consumul de steroizi anabolizanți cresc riscul. [Peste 95% dintre cazuri](#) apar la bărbați, cel mai frecvent între 35 și 54 de ani.

Mușchiul se retrage de regulă spre umăr și își schimbă forma, dar la unii pacienți această deformare lipsește, pentru că o structură fibroasă vecină menține tendonul pe poziție. Semnul constant rămâne scăderea forței de răsucire a antebrațului, iar absența deformării nu exclude ruptura.

Aici momentul intervenției contează mai mult decât în celelalte situații. Refacerea tendonului dă rezultatele cele mai bune în primele trei săptămâni, pentru că ulterior tendonul se retractă, iar reconstrucția devine mai dificilă. O pocnitură urmată de scăderea forței cere consult de specialitate rapid, iar la persoanele active tratamentul presupune fixarea tendonului înapoi pe os, urmată de terapie a mâinii.

H3: Compresia nervului median la cot

Mai rar, durerea din partea din față a cotului vine de la nervul median, comprimat la trecerea printre fasciculele mușchiului care răsucesc antebrațul cu palma în jos. Afecțiunea se numește sindrom de pronator.

Durerea este difuză, resimțită la nivelul plicii cotului și al antebrațului, și se accentuează la mișcările repetate de răsucire, cum sunt înșurubatul sau stoarcerea unei cârpe. Se adaugă senzația de amorțire la nivelul degetului mare, al arătătorului, al degetului mijlociu și al jumătății dinspre police a inelarului.

Aceste degete amorteșc și în cazul sindromului de tunel carpian, care este mult mai frecvent, așa că deosebirea contează. În cazul compresiei de la cot, senzația de amorțire cuprinde și pielea de la baza degetului mare, iar trezirile nocturne lipsesc de obicei, spre deosebire de tunelul carpian, unde ele sunt semnul principal.

Diagnosticul se confirmă prin examinare clinică, ecografie și electromiografie. Tratamentul începe cu reducerea mișcărilor de răsucire și cu terapia mâinii, iar eliberarea chirurgicală a nervului rămâne rezervată cazurilor care nu se ameliorează.

H2: Durere cot: cauze localizate pe partea din spate

PE SCURT: Problemele din spatele cotului se observă adesea cu ochiul liber. Bursita olecraniană se recunoaște după o umflătură rotundă și bine delimitată, adesea nedureroasă, care devine urgență atunci când apar roșeața și căldura locală. Tendinita tricepsului nu modifică forma cotului și apare la mișcările de împingere.

În partea din spate a cotului se află vârful osos, bursa care îl protejează și locul în care se prinde tendonul tricepsului. Spre deosebire de celelalte regiuni, problemele de aici se observă adesea cu ochiul liber.

H3: Bursita olecraniană

Cei mai mulți pacienți vin pentru o umflătură apărută la vârful cotului, rotundă și moale la atingere, care de multe ori nu doare și lasă mișcarea aproape neschimbată.

Bursa olecraniană este o pungă mică, plină cu lichid, așezată între vârful osos al cotului și piele, cu rolul de a reduce frecarea. Când se inflamează, se umple cu lichid și devine vizibilă. Cauzele obișnuite sunt sprijinul prelungit pe cot, o lovitură directă sau o infecție.

Aspectul este cel care o deosebește de restul afecțiunilor din zonă, pentru că umflătura rămâne bine delimitată și localizată strict în partea din spate. Chiar și atunci când nu doare, ea poate incomoda la îndoirea completă a cotului, prin volumul acumulat, nu printr-o durere venită din articulație.

Există și o formă care cere prezentare de urgență. Dacă pielea devine roșie și caldă, iar durerea se intensifică rapid, bursa poate fi infectată și tratamentul trebuie început cât mai repede. Febra poate lipsi, așa că absența ei nu exclude infecția.

Formele necomplicate se tratează prin protejarea zonei și prin reducerea sprijinului pe cot. Evacuarea lichidului nu este o măsură de rutină, pentru că lichidul se reface frecvent, iar puncția repetată aduce un risc de suprainfecție. O rezervăm cazurilor cu volum mare sau celor în care suspectăm o infecție și avem nevoie de analiza lichidului. Dacă bursita revine de mai multe ori, se recomandă îndepărtarea chirurgicală a bursei.

H3: Tendinita tricepsului

Alteori, durerea din partea din spate a cotului nu este însoțită de umflarea zonei. Apare mai ales în mișcările de împingere, cum este ridicarea de pe scaun cu sprijin în brațe, și devine mai intensă când cotul este întins complet.

Tendonul tricepsului se prinde pe vârful osos al cotului, iar mișcările repetate de împingere îl pot uza, mai ales în activitățile cu efort fizic susținut. Afecțiunea este mai rară

decât cele două epicondilit, dar mecanismul rămâne același: fibrele tendonului suferă microtraumatisme repetate, fără timp suficient de refacere între ele. Și aici denumirea de tendinită s-a păstrat în limbajul obișnuit, deși procesul este unul de uzură.

Deosebirea față de bursită se observă imediat, pentru că forma zonei rămâne neschimbată. Durerea apare la apăsarea tendonului și la întinderea brațului împotriva unei rezistențe.

În lipsa tratamentului, tendonul slăbește în timp, deși ruptura completă rămâne rară și apare mai ales pe fondul unor boli generale, după infiltrații repetate cu corticosteroizi sau la consumatorii de steroizi anabolizanți. Tratamentul presupune limitarea mișcărilor de împingere, terapie a mâinii cu exerciții progresive și, uneori, orteză. Recuperarea se întinde pe mai multe săptămâni, pentru că tendoanele se refac lent.

H2: Durere cot: alte cauze posibile

PE SCURT: Durerea poate veni din articulație, prin artroză, fragmente libere sau osteocondrită disecantă. Alteori rămâne după un traumatism vindecat, sub formă de redoare, ori pornește din coloana cervicală sau dintr-o boală reumatologică. Un cot devenit brusc roșu, cald și foarte dureros, însoțit de febră, indică o posibilă infecție articulară și cere prezentare imediată la spital.

Durerea de la nivelul cotului nu are întotdeauna cauze la nivelul tendoanelor sau al nervilor. Uneori sursa este articulația însăși, iar semnele sunt atunci altele.

[Artroza](#) cotului (uzura cartilajului) limitează treptat întinderea completă a brațului și se însoțește de zgomote la mișcare. Uneori, fragmente mici de cartilaj sau de os se desprind și rămân libere în articulație, ceea ce produce blocaje bruște în timpul mișcării. La sportivi tineri, aceleași blocaje pot veni din osteocondrita disecantă, o afectare a cartilajului și a osului de sub el, care apare mai ales în sporturile cu solicitare repetată a cotului.

Fragmentele libere se pot extrage prin artroscopie, o intervenție minim invazivă în care articulația este abordată cu ajutorul unei camere video introduse prin incizii mici. Atunci când mișcarea este blocată de aderențe și de țesut cicatricial, folosim [artroliza](#), prin care aceste structuri sunt îndepărtate.

Traumatismele formează o categorie separată. Luxația cotului și fractura de cap radial necesită tratament imediat, iar după vindecare rămân frecvent durere și [redoare articulară](#), cu limitarea mișcării. Tratăm atât leziunea inițială, cât și aceste consecințe.

Există și dureri resimțite la nivelul cotului care pornesc în realitate din altă parte. O problemă a discurilor de la nivelul gâtului poate da durere și o senzație de amănire care coboară pe braț. În aceste cazuri, examinarea coloanei cervicale oferă răspunsul, evaluarea aparține neurologului, iar tratamentul poate implica și neurochirurgia.

Bolile reumatologice se tratează medicamentos, de către medicul reumatolog. [Poliartrita reumatoidă](#) afectează de obicei mai multe articulații în același timp, pe când guta debutează adesea la nivelul unei singure articulații și poate apărea la cot ca bursită sau ca inflamație articulară izolată. Noi intervenim atunci când inflamația de lungă durată deteriorează tendoanele sau limitează mișcarea.

Cea mai gravă situație rămâne infecția articulară: un cot devenit brusc roșu, cald, foarte dureros și însoțit de febră cere prezentare imediată la spital. Și alte semne cer însă evaluare rapidă, iar lista lor se găsește mai jos.

H2: Durere cot: ce puteți face până la consultul de specialitate?

PE SCURT: Până la consult ajută reducerea temporară a activităților care declanșează durerea, evitarea sprijinului pe cot, gheața aplicată local și notarea gesturilor care produc simptome. Antiinflamatoarele luate zilnic pot îngreuna examinarea. Exercițiile găsite online nu sunt o soluție fără diagnostic. Roșeața cu febră, pierderea forței sau blocajul cer evaluare rapidă.

Până la consultație, câteva măsuri simple protejează cotul fără să mascheze simptomele și fără să îngreuneze examinarea.

Cel mai util este să reduceți temporar activitățile care declanșează durerea, fără să imobilizați complet brațul, pentru că repausul total favorizează înțepenirea articulației. Evitați sprijinul pe cot, mai ales pe suprafețe dure, iar dacă apare noaptea o senzație de amorțire, încercați să dormiți cu brațul întins, poziție care reduce presiunea asupra nervului.

Aplicarea locală de gheață, câteva minute după activitățile care întrețin durerea, este sigură și poate reduce disconfortul. Dacă aveți senzații de amorțire, evitați însă aplicarea directă pe partea interioară a cotului, unde nervul trece imediat sub piele.

Medicamentele antiinflamatoare luate zilnic înainte de consult vă pot dezavantaja. Durerea provocată de anumite gesturi este chiar informația după care ne orientăm la examinare, iar când ea lipsește, diagnosticul cere investigații suplimentare și mai mult timp. Ocazional, pentru episoadele intense, ele rămân o opțiune rezonabilă.

Notați gesturile care declanșează durerea și momentul zilei în care se accentuează. Astfel de detalii scurtează consultația și orientează examinarea.

Nu vă bazați însă pe exercițiile găsite online. Aceleași mișcări pot ajuta într-o afecțiune și pot agrava o alta, iar fără un diagnostic alegerea lor rămâne întâmplătoare.

Unele semne cer evaluare medicală cât mai rapidă:

- roșeață, căldură locală și febră;
- durere intensă după o lovitură sau o cădere;
- imposibilitatea de a îndoi sau de a întinde cotul;
- senzație permanentă de amorțire la nivelul degetelor;
- scăderea vizibilă a forței de prindere;
- o pocnitură urmată de pierderea forței.

H2: Durere cot: cum se pune diagnosticul?

PE SCURT: Diagnosticul începe cu istoricul simptomelor și cu examinarea clinică, nu cu investigațiile imagistice. Testele executate împotriva unei rezistențe arată care structură este afectată. Ecografia musculoscheletală completează consultul în același cabinet, radiografia se adaugă pentru probleme osoase, iar electromiografia, împreună cu studiul conducerii nervoase, confirmă locul compresiei atunci când este afectat un nerv.

Diagnosticul unei dureri de la nivelul cotului începe cu discuția și cu examinarea clinică, contrar așteptărilor multor pacienți, care vin gândindu-se în primul rând la investigații imagistice.

La consultație urmărim mai întâi istoricul simptomelor: cum a apărut durerea, ce o declanșează, ce alte semne o însoțesc și cât de mult limitează activitățile obișnuite.

Urmează examinarea propriu-zisă, în care localizăm punctul dureros prin apăsare, verificăm amplitudinea mișcărilor și folosim teste clinice specifice, adică mișcări executate împotriva unei rezistențe, care solicită selectiv un anumit tendon sau nerv. Ele arată care structură este afectată atunci când simptomele mai multor afecțiuni se suprapun, așa cum se întâmplă pe partea exterioară a cotului.

Ecografia musculoscheletală completează examinarea în același cabinet și arată starea tendoanelor, prezența lichidului într-o bursă și traseul nervilor, cu avantajul că poate fi făcută chiar în timpul mișcării. Radiografia se adaugă atunci când suspectăm o problemă osoasă sau articulară, iar rezonanța magnetică rămâne rezervată situațiilor neclare și leziunilor ligamentare. Când simptomele indică afectarea unui nerv, electromiografia, împreună cu studiul conducerii nervoase, confirmă locul compresiei.

H2: Durere cot: opțiuni de tratament

PE SCURT: Tratamentul începe cu metode conservatoare: modificarea activității, orteză termoplastică personalizată și terapia mâinii, utilă atât precoce, cât și după operație. Ecografia permite infiltrații precise și intervenții minim invazive. Operația rămâne pentru situațiile în care structura afectată nu se mai reface, iar formele avansate se operează de la început.

Tratamentul depinde de diagnostic, dar urmează în general aceeași ordine: începem cu metodele care nu presupun operație și trecem mai departe doar dacă acestea nu dau rezultate. Excepție fac formele avansate, în care intervenția chirurgicală se recomandă de la început, tocmai pentru a nu pierde timp.

H3: Tratamentul conservator

Prima etapă înseamnă reducerea solicitării și refacerea funcției, ceea ce presupune modificarea activităților care întrețin problema, fără oprirea completă a mișcării.

În multe situații recomandăm o orteză termoplastică, confecționată personalizat în clinică, după forma mâinii fiecărui pacient. Terapia mâinii ocupă însă locul central în această etapă, cu exerciții progresive, adaptate stadiului în care se află afecțiunea. Este utilă atât în formele incipiente, unde poate opri evoluția, cât și după o intervenție chirurgicală, când urmărește recuperarea mobilității și a forței.

Atunci când durerea are o cauză traumatică, tratamentul conservator poate include și imobilizarea temporară, cu atelă sau aparat gipsat, urmată de reluarea treptată a mișcării.

H3: Procedurile ghidate ecografic

Când tratamentul conservator nu este suficient, ecografia permite intervenții precise, fără incizii mari.

Infiltrația ghidată ecografic înseamnă că substanța ajunge exact în structura vizată, pentru că medicul urmărește acul pe ecran, în timp real. Precizia crește, iar riscul de a leza un tendon sau un nerv scade considerabil.

Ghidajul ecografic nu se limitează însă la infiltrații. Aceeași tehnologie se folosește și în intervențiile chirurgicale minim invazive, unde ecograful arată în timp real structurile din jur și permite lucrul prin incizii foarte mici, în locul abordului deschis. Pentru pacient, diferența se vede în recuperare: anestezia este locală, intervenția durează puțin, iar revenirea la activități se face rapid.

H3: Tratamentul chirurgical

Operația devine soluția atunci când structura afectată nu se mai poate reface prin metode conservatoare.

Principiul rămâne același, indiferent de diagnostic: nervul comprimat este eliberat, tendonul rupt este fixat înapoi pe os, iar bursa inflamată sau țesutul care blochează articulația este îndepărtat. Rezultatul depinde însă și de stadiul în care ajunge pacientul, pentru că unele modificări nu se mai recuperează complet odată instalate.

Cele mai multe intervenții pe care le efectuăm sunt minim invazive, prin incizii mici sau sub ghidaj ecografic. Abordul clasic, cu incizie mai mare, rămâne rezervat situațiilor în care leziunea nu poate fi rezolvată altfel.

Indiferent de intervenție, recuperarea continuă cu terapie a mâinii. Echipa noastră reunește specializările de care este nevoie, de la chirurgia mâinii și chirurgia plastică până la [terapia mâinii](#), astfel încât pacientul parcurge tot traseul, de la diagnostic până la revenirea la activitățile obișnuite, în același loc.

H2: Alege să fii #PeMâiniBune!

Cu cât diagnosticul vine mai devreme, cu atât opțiunile de tratament rămân mai simple. O durere la nivelul cotului care nu trece are nevoie de o evaluare de specialitate, iar la Clinica de Chirurgia Mâinii diagnosticul, tratamentul și recuperarea se desfășoară în același loc.

[Programează o consultație!](#) Alege să fii #PeMâiniBune!

H2: Întrebări frecvente

1. Poate apărea durerea la ambele coate în același timp?

Da, deși este mai rar în afecțiunile mecanice, care apar de obicei la brațul solicitat. Când ambele coate dor simultan, iar durerea cuprinde și alte articulații, suspectăm mai degrabă o cauză reumatologică sau metabolică și recomandăm și un consult de reumatologie.

2. Contează dacă este vorba despre brațul dominant?

De obicei da, pentru că afecțiunile prin efort repetitiv apar mai frecvent pe partea folosită intens. Localizarea nu confirmă însă diagnosticul. O durere apărută pe brațul nedominant, fără o solicitare care să o explice, merită investigată cu aceeași atenție.

3. Diabetul sau problemele de tiroidă pot favoriza durerea de cot?

Da. Aceste afecțiuni modifică structura tendoanelor și cresc riscul de compresie nervoasă, iar vindecarea este mai lentă. Le luăm în calcul la stabilirea tratamentului, pentru că influențează atât alegerea metodei, cât și durata recuperării.

4. Se poate face sport în timpul tratamentului?

În cele mai multe cazuri, da, cu adaptări. Oprim gesturile care declanșează durerea și păstrăm restul antrenamentului, pentru că repausul complet întârzie recuperarea. Revenirea la efortul obișnuit se face treptat, după ce forța și mobilitatea permit acest lucru.

5. Cât timp se poartă orteza de cot?

Depinde de afecțiune și de stadiu. În compresiile nervoase, orteza de noapte se poartă de regulă câteva săptămâni, iar în afecțiunile tendinoase se folosește în timpul activităților care solicită zona. Purtarea permanentă nu este recomandată, pentru că favorizează scăderea forței musculare.

6. Ajută undele de șoc sau infiltrațiile cu plasmă?

Sunt opțiuni discutate mai ales pentru tendinopatiile care nu răspund la tratamentul obișnuit, iar rezultatele din studii rămân inegale. Le luăm în calcul de la caz la caz, după ce diagnosticul este clar și după ce terapia mâinii a fost aplicată corect.

7. Poate reveni durerea după operație?

Da, mai ales dacă activitatea care a produs problema se reia în același fel. Recuperarea prin terapia mâinii și adaptarea gesturilor la locul de muncă reduc mult acest risc. Recidivele apar mai frecvent atunci când tratamentul se oprește imediat după dispariția durerii.

8. De ce plânge un copil după ce a fost tras brusc de mână?

Este vorba de obicei despre pronația dureroasă, o subluxație a capului radial, cu prinderea ligamentului inelar în articulație, care apare la copiii mici. Brațul rămâne atârnat pe lângă corp, iar copilul refuză să îl folosească. Se rezolvă printr-o manevră simplă, făcută de medic, și nu necesită imobilizare.

9. Cum pot preveni reapariția durerii la birou?

Prin sprijinirea antebrațului pe suprafața biroului, nu a cotului, prin poziția cu cotul deschis la peste 90 de grade și prin pauze scurte la fiecare oră. Aceste ajustări reduc atât presiunea pe nervul ulnar, cât și solicitarea tendoanelor de la nivelul antebrațului.

10. Este nevoie de trimitere de la medicul de familie?

Nu pentru un consult privat. Trimiterea este utilă totuși atunci când suspectăm o cauză din altă specialitate, pentru că scurtează traseul către reumatolog sau neurolog.