

medicina

Sindrome del Tunnel Carpale

Nei casi più gravi è opportuno intervenire con un semplice intervento chirurgico eseguibile anche per via endoscopica

Dott. Antonio Azzarà
Dott. Maurizio Altissimi
Specialisti in Ortopedia
Società Italiana di Ortopedia

La Sindrome del Tunnel Carpale è un insieme di sintomi determinati dalla compressione del nervo mediano all'interno di un tunnel osteofibroso situato nel polso. All'interno di questo tunnel passano sia il nervo mediano che i 9 tendini flessori delle dita e la compressione del nervo è data dall'ispessimento delle guaine sinoviali dei tendini. Il nervo mediano viene spinto e schiacciato contro il legamento trasverso del carpo che costituisce il tetto del tunnel.

È una patologia molto frequente tra i 40 e 60 anni e lo è circa 8 volte di più nella donna. In circa il 70% dei casi è bilaterale, con prevalenza della mano dominante.

Le forme più frequenti sono quelle definite idiopatiche, cioè quelle in cui non si riscontra alcuna causa specifica della tenosinovite.

Le forme secondarie di questo disturbo possono essere dovute a riduzione acquisita del canale carpale, patologie endocrine (Diabete, Malattie della tiroide ecc.), infezioni, amiloidosi, malattie del collagene e malattie autoimmuni

(Artrite reumatoide, Sclerodermia, Polimialgia reumatica, LES, Gotta, Condrocitosi).

La Sindrome del Tunnel Carpale, che presenta una significativa associazione con alcune attività lavorative, è infatti spesso associata a lavori ripetitivi, sia in presenza che in assenza di applicazione di forza elevata.

La diagnosi

La diagnosi si basa su un attento ascolto dei sintomi del Paziente e sui segni clinici di compressione. La persona colpita da questo disturbo lamenta dolore e formicolio alla mano, più intenso nelle ore notturne. Il dolore alla mano di solito è irradiato prossimalmente all'avambraccio. Il formicolio o l'intorpidimento è di regola localizzato alle prime tre-quattro dita della mano.

Molte donne lamentano anche la difficoltà a cucire (non sentono bene l'ago tra le dita) e talvolta la caduta di oggetti dalle mani per riduzione di forza e di sensibilità.

All'anamnesi è necessario fare seguire un corretto esame clinico associato all'esecuzione di test specifici come la valutazione della sensibilità, il segno di Tinel (la percussione digitale o con martelletto del nervo mediano al carpo determina

una scossa dolorosa), il Test di Phalen (stimolare il torpore delle dita facendo flettere il polso).

Nelle forme con sofferenza marcata del nervo e blocco della conduzione nervosa, si ha prima un indebolimento e poi una vera e propria paralisi dei piccoli muscoli che comandano i movimenti del pollice. Pertanto va testata la capacità di opposizione del pollice alle altre dita anche contro resistenza. Nelle forme più gravi e inveterate si può osservare anche un'atrofia più o meno marcata e visibile dei muscoli dell'eminanza tenare. Solitamente, in assenza di trattamento o di cambiamento dell'attività lavorativa, la Sindrome del Tunnel Carpale tende ad aggravarsi negli anni. Tuttavia in alcuni Pazienti rimane stazionaria nel tempo.

Gli esami da fare

L'elettromiografia, eseguita utilizzando piccoli aghi che registrano l'attività muscolare, è l'esame strumentale che di regola conferma la diagnosi clinica. Tale esame è utile per definire la gravità del danno nervoso e aiuta a stabilire l'indicazione chirurgica o conservativa.

L'elettromiografia valuta l'entità della sofferenza del nervo e serve anche per escludere compromissioni

nervose a differenti livelli ad esempio radicolopatie cervicali, plessopatie brachiali, polineuropatie in genere, queste patologie possono frequentemente dare origine a sintomi che simulano una Sindrome del Tunnel Carpale.

Come affrontare il problema

Il trattamento nelle forme lievi e moderate può essere di tipo conservativo, immobilizzando il polso e la mano con un tutore e associando farmaci antinfiammatori per via orale. E' utile verificare, ed eventualmente modificare, l'attività lavorativa ed evitare l'utilizzo di strumenti vibranti. Il trattamento conservativo può comprendere anche l'infiltrazione del canale del carpo con corticosteroidi. Il trattamento chirurgico è indicato nelle forme gravi e incorreggibili e quando il Paziente non ha ottenuto giovamento dal trattamento conservativo.

La tecnica tradizionale prevede un'incisione cutanea longitudinale di circa 3 cm al palmo, in anestesia locale e la sezione del legamento trasverso del carpo. E' inoltre possibile eseguire l'intervento chirurgico per via endoscopica, la quale prevede uno o due accessi al palmo.

Dopo l'intervento

La mano resterà libera e si inviterà il Paziente a mantenere il braccio in posizione sollevata e a flettere ed estendere le dita più volte durante i primi 2/3 giorni. Già dal giorno successivo è possibile utilizzare la mano operata per effettuare qualche piccola attività. Si deve invece evitare di fare sforzi, movimenti bruschi o ripetitivi.

La rimozione dei punti di sutura avviene entro 10-13 giorni. Il ritorno all'attività lavorativa è solitamente compreso fra le 2 e le 4 settimane, un po' più breve se l'intervento è effettuato per via endoscopica; tuttavia



non sembrano esserci criteri univoci per scegliere l'uno o l'altro tipo di intervento.

Possibili complicazioni

L'intervento, se eseguito da Specialisti del settore, dà ottimi risultati e il rischio di complicazioni è molto limitato. Chiaramente il Chirurgo deve porre molta attenzione a sezionare interamente il legamento trasverso e a non danneggiare il

nervo mediano e i suoi rami terminali. La sintomatologia preoperatoria con dolore e parestesie notturne in genere regredisce immediatamente. Talvolta per qualche tempo può residuare una cicatrice dolorosa o un dolore alla pressione locale intorno alla cicatrice o nella presa di forza della mano. Questi disturbi lievi, ma talvolta fastidiosi quando presenti, in genere regrediscono spontaneamente nel giro di qualche mese. ●

LA SOCIETÀ ITALIANA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nel 1891, su iniziativa di un gruppo di Specialisti in patologia e traumatologia osteoarticolare, nasce la Società Ortopedica Italiana che nel 1935 assume l'attuale nome di Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia.

Negli ultimi 50 anni la SIOT ha raggiunto importanti traguardi con il continuo miglioramento delle tecniche chirurgico-ortopediche e dei centri ortopedici Universitari e Ospedalieri, anche attraverso la costante organizzazione di Corsi di formazione e aggiornamento, di simposi tecnici e workshop e il fondamentale coinvolgimento delle Scuole di specializzazione.

La SIOT organizza ogni anno un Congresso Nazionale nel corso del quale Medici e Ricercatori italiani e stranieri hanno l'occasione di apprendere le più aggiornate soluzioni tecniche, relative alla Chirurgia artroscopica, computer-assistita, robotica e mini-invasiva e di conoscere i più recenti sviluppi della ricerca scientifica.

Per ulteriori informazioni: www.siot.it