

LA SINDROME DEL TUNNEL CARPALE

La Sindrome del Tunnel Carpale (STC) è la patologia più comune che colpisce la mano e l'arto superiore, ed oggi la più diffusamente conosciuta.

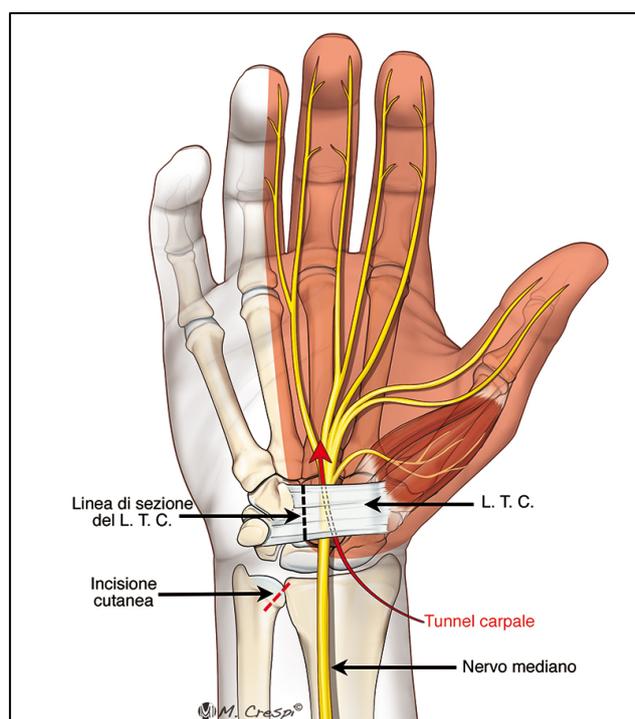
Il Tunnel Carpale è una struttura anatomica, delimitata dalle ossa del carpo su tre lati e da uno spesso legamento (Legamento Trasverso del Carpo, LTC) sul quarto lato; questa struttura permette il passaggio di nove tendini e del nervo mediano, dall'avambraccio alla mano.

La STC è l'insieme dei segni e dei sintomi causati dalla sofferenza per compressione del Nervo Mediano, che è la struttura più delicata all'interno del tunnel. Ogni causa di aumento della pressione nel tunnel carpale porta a sofferenza del nervo mediano. Molto spesso tale compressione è provocata dall'infiammazione e conseguente aumento di volume delle guaine dei tendini (tendinite) che decorrono nel tunnel, a sua volta spesso causata da attività che prevedono movimenti ripetitivi di polso e dita (causa occupazionale); più raramente si associa a malattie sistemiche come il diabete, l'artrite reumatoide, ecc. o a squilibri ormonali (è frequente in menopausa o in caso di distiroidismi). Entrambi i polsi sono spesso colpiti. La malattia si può presentare in diversi stadi.

Le fratture e le lussazioni delle articolazioni del polso possono provocare dall'esterno un aumento della pressione nel tunnel carpale, con conseguente sofferenza del nervo mediano.

Spesso, in associazione o successivamente alla STC, si può osservare un'altra patologia dovuta a cause simili: il dito a scatto (tenosinovite stenosante dei flessori di una o più dita).

Spesso, in associazione o successivamente alla STC, si può osservare un'altra patologia dovuta a cause simili: il dito a scatto (tenosinovite stenosante dei flessori di una o più dita).



Chi colpisce.

Pur interessando entrambi i sessi e qualsiasi età negli adulti, la donna viene colpita più frequentemente dell'uomo, sia per cause dovute al lavoro svolto, sia tipicamente per motivi ormonali e durante la gravidanza o in menopausa, a causa della ritenzione di liquidi che provoca un aumento di volume all'interno del tunnel. I sintomi spesso si risolvono spontaneamente con il termine della gravidanza, ma a volte, a causa della loro importanza, si può decidere di dover trattare il problema prima del parto, spesso in terzo trimestre, con terapia infiltrativa o con l'intervento.

Sintomi.

I sintomi principali sono il "formicolio" spesso accompagnato da un dolore "sordo" o bruciore alla mano, talvolta irradiato all'avambraccio e al braccio o addirittura alla spalla, alla regione scapolare o ascellare, o al collo, con tipico aggravamento notturno, che costringe il paziente a svegliarsi e a cercare di cambiare posizione alla mano; si associa spesso la perdita di forza (tipica è l'osservazione di non riuscire più a fare certe cose come svitare un barattolo o togliere un tappo, e la caduta degli oggetti).

Tipicamente il formicolio può interessare le prime 3-4 dita della mano, ma a volte si localizza soprattutto al medio e parte dell'anulare. Successivamente compare la riduzione della sensibilità alle prime tre dita (e metà dell'anulare). Col passare del tempo i sintomi si aggravano: il dolore ed il formicolio possono anche attenuarsi mentre peggiorano i deficit della sensibilità e della forza del pollice e della mano in toto. Negli stadi più avanzati il formicolio può comparire anche di giorno, durante determinate attività (pettinarsi, guidare la macchina, tenere il telefonino, leggere un giornale, farsi la barba...) fino ad arrivare a essere costante, nei casi molto avanzati.

I dolori alla mano possono essere causati anche da altre patologie associate, che devono essere identificate e trattate.

Diagnosi.

La storia clinica (anamnesi) e la visita (esame obiettivo) sono fondamentali. Un esame che si richiede molto spesso per la conferma del sospetto diagnostico è l'Elettromiografia (EMG) che consente la registrazione dell'attività dei muscoli e dei nervi dopo la somministrazione di piccolissime scariche elettriche. È un esame breve, svolto dal neurologo o neurofisiologo, un po' fastidioso più che doloroso, ma molto utile per le informazioni che può dare (può scoprire altre cause che giustifichino i disturbi del paziente, come le polineuropatie o le sofferenze delle radici nervose a livello cervicale).

A volte, nel sospetto di patologie osteoarticolari che provochino la STC, può essere utile un esame radiografico del polso.

Trattamento.

Il trattamento può variare ampiamente a seconda della durata e dell'intensità dei sintomi, e della gravità dei segni clinici e del referto EMG.

Negli stadi iniziali i disturbi possono spesso essere risolti senza ricorrere all'intervento chirurgico: modificare la posizione o il gesto lavorativo, identificare e trattare l'eventuale malattia di base, utilizzare un tutore di posizione per il polso, soprattutto di notte, sono procedure che permettono di risolvere spesso i casi lievi.

Anche la terapia medica con integratori della dieta, antiinfiammatori per via orale o un'infiltrazione di cortisone direttamente nel Tunnel carpale possono, a volte, risolvere la sintomatologia.

Il trattamento chirurgico ha lo scopo di togliere la compressione sul nervo Mediano al polso; esso consiste nel tagliare il LTC per eliminare la causa della sofferenza del Nervo Mediano. Esistono diversi tipi di incisioni cutanee che permettono di eseguire il gesto essenziale, che è la sezione del LTC. Di seguito viene illustrata la metodica preferita.

L'intervento viene eseguito in regime ambulatoriale, in anestesia locale. L'incisione cutanea è lunga 15 mm ed è situata al polso. È un intervento breve (circa dieci minuti). Al termine viene confezionata una medicazione molle che copre il polso lasciando libere le dita. La sutura della cute è in materiale riassorbibile e i punti cadono spontaneamente dopo 2-3 settimane. Fin da subito la mano deve essere tenuta in movimento e nei primi 15-20 giorni si possono **fare lavori leggeri, senza sforzare** la mano (evitare di sollevare i pesi durante questo periodo). È sconsigliato bagnare e sporcare la medicazione: la mano operata deve essere tenuta in movimento per almeno cinque minuti di ogni ora, aprendo e chiudendo a pugno completamente le dita; può comparire una chiazza scura o un po' di gonfiore alle dita, al palmo o all'avambraccio: **è molto importante muovere comunque e tenere sopraelevata la mano** (con uno o due cuscini al proprio fianco, di notte, o sollevarla sopra il capo per 3-5 minuti di ogni ora, di giorno).

NOTA BENE

I formicolii ed i dolori NOTTURNI scompaiono rapidamente, spesso già dalla sera dell'intervento.

È da precisare che occorrono alcuni mesi perché la mano guarisca del tutto, soprattutto per quanto riguarda il recupero della **forza** e la scomparsa dei **formicolii DIURNI**.

Nei casi molto gravi, non si può garantire una ripresa completa, bensì un miglioramento graduale e progressivo, sia per quanto riguarda la forza che la sensibilità.

È possibile, anche se non frequente, un dolore (PILLAR PAIN) vicino alla cicatrice, all'inizio del palmo, in corrispondenza della linea di sezione del LTC, durante gli sforzi o quando si appoggia la mano "a piatto"; esso scompare nel giro di alcune settimane. Solo se tale dolore dura per più di 6 mesi è consigliabile farsi controllare dal medico. Dopo 2 settimane di solito il paziente può ricominciare gradualmente tutte le sue normali attività. Ad un mese dall'intervento, in assenza di complicanze, anche il lavoro pesante può essere ripreso.