

POLLICE DELLO SCIATORE o LESIONE DI STENER

La rottura del legamento collaterale ulnare dell'articolazione metacarpo-falangea del pollice costituisce una lesione frequente soprattutto negli atleti, e in particolare modo negli sciatori.

Il legamento collaterale ulnare (LCU) è la struttura che stabilizza il pollice e consente, in una presa di forza della mano, la pinza fra il pollice da una parte e le dita lunghe dall'altra.

La lesione è conseguenza della abduzione forzata del pollice, movimento che si verifica in caso di una caduta sulla mano aperta che tiene il bastoncino da sci, oppure nel tentativo di afferrare una palla.

Sintomatologia

Il sintomo più evidente è il dolore alla base del pollice sul lato ulnare, cioè sul versante verso l'indice. Tale dolore si accentua con l'abduzione del pollice, sia esercitata dalla manovra specifica per testare il legamento, sia in occasione di una presa di forza (afferrare una bottiglia, ad esempio) in cui la forza delle dita lunghe per stringere l'oggetto spinge con forza la falange basale in abduzione rispetto al metacarpo. Spesso sono presenti gonfiore ed ecchimosi.

Se trascurata, la lesione si trasforma in una lassità cronica legamentosa, che comporta una debolezza della presa, condizione che ostacola sia l'attività sportiva sia le attività quotidiane. Il paziente infatti compensa con una presa che utilizza solo l'apice del pollice (come quando si afferra uno spillo sul piano del tavolo), ma che non consente le prese di oggetti più voluminosi e pesanti e può ripercuotersi sulle altre strutture capsulo-articolari del pollice.

Diagnosi

La diagnosi è prima di tutto clinica, attraverso la sollecitazione in abduzione della falange basale sul 1° metacarpo ad articolazione estesa e flessa di 30°, confrontando con le stesse manovre anche il pollice controlaterale. E' indispensabile un esame radiografico per valutare completamente il tipo di lesione, in quanto spesso la lesione si verifica con il distacco di un frammento osseo dove il legamento si inserisce.

Trattamento

Nel caso di una lesione parziale del LCU si immobilizza il pollice con un apparecchio gessato o con una stecca di Zimmer o con un tutore in resina per quattro settimane.

Se la lesione è completa è indispensabile l'intervento chirurgico in quanto la dinamica stessa della lesione impedisce la possibilità di guarigione del LCU, che si ribalta all'esterno e perde qualsiasi contatto con la sua inserzione originale per l'interposizione dell'aponeurosi dell'adduttore del pollice.

L'intervento consiste nella sutura del legamento oppure nella reinserzione del legamento sull'osso (dipende dal livello della lesione) con un pull-out o con l'uso di una ancoretta o due.

L'intervento può essere eseguito con anestesia di plesso in Day Surgery. Al termine dell'intervento si confeziona un apparecchio gessato che comprende l'avambraccio e il pollice, che va rimosso dopo un mese.

A gesso rimosso si esegue la riabilitazione del pollice e del polso e, se necessario, si può indossare un tutore per proteggere ancora per 2-3 settimane l'articolazione metacarpo-falangea. Le prese di forza, e i lavori pesanti in genere, richiedono un'attesa più lunga e una ripresa cauta e progressiva per valutare la stabilità articolare e l'assenza di dolore.

Complicazioni

Oltre all'infezione, si può avere una cicatrice dolorosa, una lesione di un ramo nervoso sensitivo; una residua lassità articolare, soprattutto se l'immobilizzazione è stata breve e/o se l'articolazione è stata sollecitata troppo e/o troppo precocemente.