

LA SINDROME DEL TUNNEL CARPALE

La Sindrome del Tunnel Carpale (STC) è una patologia molto frequente, dovuta alla compressione del nervo mediano, che dall'avambraccio scende alla mano attraverso un canale chiamato appunto Tunnel Carpale. Questo tunnel ha pareti rigide e inestensibili: pavimento e pareti sono costituite dalle ossa del carpo e il pavimento dal legamento trasverso del carpo. Il nervo mediano insieme a nove tendini flessori scorre in questo canale.

Il nervo mediano (responsabile della sensibilità delle prime tre dita e della metà radiale del quarto, e della motilità di alcuni muscoli dell'eminenza thenar della mano che consentono l'opposizione del pollice) attraversa questo tunnel assieme ai 4 Flessori superficiali delle dita, ai 4 Flessori profondi delle dita e al Flessore lungo del pollice. Se lo spazio disponibile per queste strutture diminuisce, la struttura che ne risente subito è il nervo mediano. Ciò può avvenire per incremento del volume del contenuto (un aumento di dimensioni della membrana sinoviale che avvolge i tendini flessori, o tenosinovite), oppure per diminuzione del diametro del canale (ad es., in seguito a frattura o a lussazione del polso).

I soggetti più colpiti sono le donne soprattutto in gravidanza a causa della ritenzione di liquidi che provoca l'aumento di volume dei tendini flessori (con successiva regressione della sintomatologia dopo il parto), oppure durante la menopausa. Anche lavoratori che compiono movimenti ripetuti delle dita e della mano vanno incontro alla infiammazione dei tendini flessori alla sofferenza del nervo mediano. La frattura di polso ridotta e immobilizzata in apparecchio gessato spesso comporta l'insorgenza dei sintomi della STC. L'aumento di spessore della membrana sinoviale in pazienti con artrite reumatoide, con malattie della tiroide, gotta, può determinare la insorgenza della STC.

Sintomatologia

I sintomi sono costituiti da parestesie e dolore alle prime 3-4 dita della mano, spesso bilateralmente. Il dolore spesso si irradia all'avambraccio, qualche volta anche più prossimalmente al braccio fino anche alla spalla. I disturbi compaiono in genere di notte tanto da svegliare il paziente che cerca di far sparire il disturbo agitando la mano e muovendo le dita. In fase successiva la perdita di sensibilità, le parestesie e il dolore compaiono anche durante il giorno durante le normali attività quotidiane o durante le attività lavorative. I pazienti talora lamentano difficoltà a trattenere oggetti, che possono cadere dalle mani. In fase ancor più avanzata si può avere perdita totale della sensibilità, diminuzione del dolore e atrofia tenare, cioè un assottigliamento della muscolatura alla base del pollice.

Diagnosi

Si basa sulla descrizione dei disturbi e su alcune manovre specifiche (test di Phalen) che aumentano la compressione del nervo e quindi provocano l'insorgenza della sintomatologia nel giro di pochi secondi. La conferma strumentale viene dalla Elettromiografia (EMG), che attraverso la registrazione dell'attività dei muscoli e dei nervi dimostra in questi casi una velocità di conduzione normale fino al polso ma rallentata dal polso all'indice, dimostrando così il livello della compressione.

Trattamento

Nella fase iniziale si possono utilizzare farmaci antinfiammatori (e/o un'infiltrazione di cortisone direttamente nel tunnel carpale), che possono diminuire l'infiammazione e quindi aumentare lo spazio a disposizione per il nervo mediano; si può modificare lo svolgimento delle attività manuali; si può adottare un tutore per mantenere fermo il polso durante la notte per due-tre settimane. Se la sintomatologia non trae giovamento dal trattamento conservativo, si deve ricorrere al trattamento chirurgico che ha lo scopo di decomprimere il nervo (neurolisi) mediante la incisione del legamento trasverso del carpo attraverso una breve incisione longitudinale nel polso oppure in endoscopia,

inserendo un'ottica che consente di avere il controllo visivo del legamento e di sezionarlo. Se necessario in presenza di una tenosinovite si procede anche alla asportazione della sinovia ipertrofica (sinoviectomia) L'intervento si esegue in anestesia loco-regionale, in regime di Day Service.

Dopo l'intervento si applica un palmare per 7 gg. Il paziente può/deve mobilizzare da subito le dita. La mano può essere utilizzata per le attività quotidiane 7/8 giorni dopo l'intervento; per la ripresa delle attività lavorative manuali occorrono circa 30 giorni. La decompressione del nervo, se eseguita precocemente, risolve immediatamente le parestesie notturne. Nei casi più gravi, se la compressione del nervo è di vecchia data, il danno neurologico può migliorare senza però risolversi del tutto.

Complicazioni

Oltre al rischio di infezione (comune a tutti gli interventi chirurgici), le complicazioni possono consistere in una cicatrice dolorosa, in una lesione nervosa durante l'intervento