

La Sindrome del tunnel carpale

E' una patologia molto diffusa che **colpisce prevalentemente le donne** nel periodo peri e post menopausale. Tuttavia può verificarsi negli adulti a qualsiasi età.

Nella fase iniziale si esprime generalmente con delle parestesie saltuarie (“**formicolii**”) **alle prima tre dita della mano**. Successivamente le parestesie si presentano sempre più frequenti fino a diventare costanti nelle ore notturne. Nelle fasi più avanzate porta alla perdita della sensibilità e della funzione della mano.

Cause: La patologia si verifica per una compressione del nervo mediano al polso e/o al palmo, dove passa all'interno del canale del carpo. Nella maggior parte dei casi la S. del T. C. è dovuta alla variazione dell'assetto ormonale nel periodo perimenopausale che comporta una alterazione tissutale edematosa con conseguente **compressione del nervo mediano** (S.T.C. primitiva o essenziale). La compressione può tuttavia essere secondaria anche ad altre patologie: tenosinoviti dei flessori del polso; esiti di fratture di polso; sindrome algo-distrofica; neoformazioni di vario tipo; muscoli accessori.

Diagnosi: Si esegue diagnosi di Sindrome del Tunnel Carpale in base al territorio delle **parestesie**, alla positività di sintomi e segni specifici verificabili dallo specialista ortopedico e alla esclusione di altre patologie neurologiche. L'esame strumentale che conferma il sospetto clinico è l'**elettromiografia** (EMG).

Trattamento: i tutori di posizione da applicare di notte hanno una funzione esclusivamente palliativa per diminuire i sintomi. Nelle fasi acute può essere indicata una terapia infiltrativa con cortisonici. **L'intervento chirurgico mini invasivo** che si esegue **con una mini-incisione al palmo** rappresenta l'approccio più risolutivo per le forme essenziali. Prevede la sezione del ligamento trasverso del carpo e la decompressione del nervo mediano. Per le forme secondarie l'intervento chirurgico può prevedere una incisione più ampia allo scopo di eliminare la causa specifica della compressione del nervo mediano.

Dopo l'intervento: Dopo un breve periodo di riposo la mano può essere utilizzata in modo spontaneo, senza tuttavia eseguire sforzi soprattutto con il pollice per circa un mese dall'intervento chirurgico. La ripresa delle attività lavorative non manuali può avvenire anche prima di trenta giorni.

Se vuoi approfondire ...

Cos'è?

La sindrome del tunnel carpale consiste in un intrappolamento e **compressione del nervo mediano nel canale carpale al palmo e al polso**. Fa parte delle cosiddette “canalicolopatie” instaurandosi un conflitto fra contenitore (canale del carpo) e contenuto (nervo mediano e tendini flessori delle dita).

Quali sono le cause?

La S.T.C può essere secondaria a diverse patologie: tenosinoviti; esiti di fratture di polso; edemi; neoformazioni (lipomi e altri tumori intracarpali); muscoli accessori. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, tale sindrome sembra scatenata da una variazione dell'assetto ormonale nel periodo perimenopausale (diminuzione del tasso di estrogeni?). Tale variazione comporta una **sinovite cronica aspecifica** che esita in un ispessimento delle guaine sinoviali con edema e fibrosi. La coesistenza di tenosinoviti associate come il dito a scatto o la Malattia di De Quervain depongono a favore di questa interpretazione eziologica. Un fattore predisponente può essere la gravidanza, tuttavia in questo periodo, la patologia si può presentare in genere fra il terzo ed il sesto mese in modo transitorio per poi recedere completamente con la normalizzazione dell'assetto ormonale. Vi sono patologie che possono facilitare l'insorgenza di tale sindrome come il diabete, l'artrosi, l'ipotiroidismo e l'acromegalia, gotta, amiloidosi in corso di emodialisi.



Es: Neoformazione nel contesto del nervo mediano, causa di S.T.C.

Chi colpisce?

Il sesso femminile quindi risulta maggiormente colpito rispetto al maschile in rapporto di 10 a 1. L'età di maggior incidenza è fra i 45 e i 65 anni.

Come si manifesta e com'è il decorso?

Chi è affetto da tale patologia soffre di formicolii alle prime tre dita e alla metà radiale del quarto dito e talvolta dolore al palmo. Nella fase iniziale Tali disturbi si accentuano durante le ore notturne o talvolta sono presenti solo di notte, e recedono con lo scuotimento della mano. Questa fase può protrarsi per mesi o per anni. Nelle forme più avanzate i disturbi descritti diventano anche diurni con ulteriore compromissione della sensibilità (parestesia, iperestesia, ipoestesia). Si può avere talvolta un grave ipoestesia delle dita interessate assieme ad una diminuzione della forza di presa per indebolimento di alcuni muscoli intrinseci della mano, innervati dal mediano. Nelle fasi avanzate, il sonno è molto disturbato e all'aggravamento turbe sensitive si associa spesso dolore. Nelle forme più evolute la patologia esita in una anestesia delle dita e ipotrofia dei muscoli dell'eminanza tenare innervati dal mediano (paralisi sensitivo motoria). In questa fase può scomparire il dolore.

Come viene fatta la diagnosi del tunnel carpale?

Si esegue diagnosi di Sindrome del Tunnel Carpale in base al territorio delle parestesie, alla positività di sintomi e segni specifici verificabili dallo specialista ortopedico e alla esclusione di altre patologie neurologiche. L'esame strumentale che conferma il sospetto clinico è l'elettromiografia (EMG). Tale esame talvolta non rileva anomalie nelle forme iniziali, ma sempre nelle forme medio-gravi

Come si cura?

Il trattamento conservativo con tutori di immobilizzazione notturni può portare talvolta a sollievo dei sintomi, ma non alla risoluzione della patologia. La terapia infiltrativa con cortisonici, quasi completamente abbandonata, trova talvolta indicazione nelle zone perinervose quando questa patologia si esprime in modo acuto.

Com'è l'intervento chirurgico per il tunnel carpale?

Il trattamento chirurgico è in genere risolutivo, tranne in quei casi dove si sono verificate condizioni di sofferenza tali del nervo mediano che rendono impossibile un recupero completo. In questi casi tuttavia l'intervento deve comunque essere eseguito allo scopo di evitare ulteriore aggravamento della patologia. L'indicazione chirurgica dovrebbe comunque venir posta prima che compaiano ipo o atrofia muscolare, perché questi sono segni di grave ed irreversibile compromissione.

L'intervento chirurgico **nella maggior parte dei casi è mininvasivo e prevede una mini incisione** sia che si utilizzi un metodo endoscopico, sia che si esegua a "cielo aperto". Consiste nella **sezione del legamento trasverso del carpo**, che comprime il nervo mediano (sindesmotomia), e nella **neurolisi** (sbrigliamento del nervo). Quando è necessaria una sinoviectomia dei flessori, come nelle forme reumatoidi o nel dializzato cronico, l'incisione sarà inevitabilmente più estesa.

Quali possono essere le complicanze dell'intervento?

Le complicazioni possono essere di vario tipo: tenosinoviti dei flessori; algodistrofie, relativamente frequente nelle persone meno giovani; rigidità; neuromi dolorosi da fibrosi perineurale o da lesione iatrogena del nervo cutaneo tenare o addirittura del nervo mediano. Talvolta si può verificare una cicatrice reattiva che determina nuovamente una chiusura del ligamento trasverso del carpo e la compressione del nervo mediano. Talvolta si instaura una fibrosi perineurale che incarcera il nervo riproponendo la sintomatologia preesistente. In tali casi è necessario intervenire nuovamente con accuratezza con una incisione più ampia, allo scopo di eliminare nuovamente le cause della compressione del nervo stesso.

Quale percorso prevede l'intervento chirurgico mini invasivo?

L'intervento mininvasivo **si esegue in anestesia locale**, utilizzando circa tre c.c. di anestetico e dura dai dieci ai quindici minuti. Al termine dell'intervento si confeziona un bendaggio al palmo. Alla ripresa della sensibilità, controllati i criteri di dimissibilità (ripresa della mobilità, movimento e assenza del dolore), il paziente sarà dimesso con le indicazioni per il comportamento da tenersi a domicilio.

I punti di sutura riassorbibili non necessitano di essere rimossi, tuttavia si esegue un controllo postoperatorio in ambulatorio dopo 10-15 giorni. Generalmente la guarigione avviene nel giro di 15-20 giorni, tuttavia **non è consigliabile eseguire lavori manuali pesanti per almeno 30 giorni dall'intervento chirurgico**. Si devono soprattutto evitare sforzi con il pollice nelle prese di forza e nell'atto di svitare per almeno 30 giorni, tempo necessario per il ritorno all'attività lavorativa manuale. Solo in rari casi è necessario un percorso riabilitativo.