

Malattia di De Quervain

Le tenovaginaliti stenosanti appartengono al vasto e controverso ambito reumatico e sono rappresentate nella maggior parte dei casi dalla malattia di De Quervain e dal dito "a scatto".

Sono patologie più frequenti nel sesso femminile intorno alla quinta, sesta decade di vita. Spesso sono associate fra di loro ed alla sindrome del tunnel carpale. A questo proposito è utile ricordare che possono insorgere simultaneamente o in tempi successivi, senza alcun rapporto causale nel determinismo delle stesse. Non è infrequente infatti la comparsa, durante la fase riabilitativa per eventuale intervento di neulolisi del nervo mediano al polso, di uno scatto in flessione di un dito lungo che può richiedere un ulteriore trattamento chirurgico così come può accadere il contrario. Altre volte si giunge alla indicazione chirurgica con più patologie concomitanti che possono essere trattate simultaneamente nel corso dello stesso intervento (Fig. 1) sempre in anestesia locale e ambulatorialmente.



Fig. 1: Caso "paradigmatico" di associazione delle tenovaginaliti (terzo dito a scatto e malattia di De Quervain) e della sindrome del tunnel carpale operate contemporaneamente in anestesia locale.

Il dito a scatto e la malattia di De Quervain sono espressione di un conflitto meccanico contenente – contenuto tra le guaine tendinee e i tendini stessi (apparato flessore nel dito a scatto ed estensori del pollice nella malattia di De Quervain). Le guaine tendinee da fattore di protezione diventano fattore di malattia quando le pulegge fibrose (ispessimenti circoscritti delle guaine che mantengono aderenti i tendini al piano osseo durante lo scorrimento) vanno incontro ad un restringimento fibrotico su base reumatica, tale da impedire la normale escursione in flessoestensione del tendine. Possono riconoscere anche cause di tipo traumatico indiretto come conseguenza di attività lavorative che comportino ripetuti movimenti in flesso-estensione delle dita o del polso (in questo caso di più frequente comparsa nell'uomo adulto) o di tipo ormonale legato all'equilibrio tra estrogeni e progestinici per cui sono prevalenti nel sesso femminile.

LA MALATTIA DI DE QUERVAIN

La malattia di De Quervain è una tenovaginalite che coinvolge la guaina che riveste due estensori del pollice, denominati abduktore lungo ed estensore breve che occupano il primo compartimento dorsale del polso. I tendini, che provengono dall'avambraccio, arrivati al polso passano all'interno di una guaina fibrosa che sta alla base del pollice con la funzione di evitare il fenomeno della " corda d'arco " durante l'estensione del pollice, migliorando l'efficienza meccanica degli estensori.

La malattia consegue spesso a microtraumatismi ripetuti classici di attività caratterizzate dalla ripetizione di movimenti combinati in flessoestensione del polso. Per questo è frequente nei musicisti, nelle signore dedite al cucito e al ricamo, in chi usa molto il mouse o la tastiera del computer.

Classica è l'insorgenza della malattia di De Quervain nel periodo postgravidico dove il disormonismo legato alla gravidanza e all'allattamento unito al trauma indiretto continuativo patito dai polsi per sollevare il neonato sono capaci di scatenare malattia.

Nel caso della malattia di De Quervain la sensazione dolorosa compare durante attitudini della mano e del polso tipiche della gestualità quotidiana caratterizzate da torsioni combinate con movimenti del polso in flesso estensione. Il paziente tipicamente indica con la punta di un dito la stiloide radiale dolente che diventa estremamente dolorabile alla pressione digitale diretta. Può infine essere palpata la guaina ipertrofica come un ispessimento di consistenza duro-elastica della cute circostante.

A volte il dolore si diffonde verso l'avambraccio e peggiora nei movimenti di presa, come nell'aprire un barattolo, strizzare un panno, o girare una chiave; può essere presente una sensazione di formicolio al dorso del pollice provocato dall'irritazione di un piccolo ramo nervoso sensitivo del nervo radiale che decorre sopra la guaina ispessita.

Il dolore è acuito dal movimento di inclinazione ulnare della mano mantenendo il pollice flesso al palmo dalle dita lunghe, test tipico della malattia di De Quervain noto come segno di Finkelstein (Fig. 2).



Fig. 2: Test di Finkelstein, patognomonico della Malattia di De Quervain

Inoltre la malattia di De Quervain può disturbare il riposo notturno per la sintomatologia dolorosa legata ad atteggiamenti di flessione coatta assunte involontariamente dal polso durante il sonno.

La diagnosi si basa sulla descrizione dei sintomi, che sono molto caratteristici.

Bisogna differenziare il dolore caratteristico della malattia di De Quervain dal dolore al polso conseguente a fratture del polso e ad artrosi dell'articolazione radiocarpica o trapezio scafoidea. Utile può essere un'ecografia che identifica la guaina ipertrofica ed infiammata dell'abduktore lungo e dell'estensore breve del pollice.

Trattamento

In alcuni casi, per attenuare i sintomi, è sufficiente evitare per un certo tempo i movimenti che provocano dolore. Nelle forme iniziali, l'applicazione di un tutore notturno e un ciclo di terapia con farmaci anti-infiammatori o terapia fisica (ultrasuoni e ionoforesi) può contribuire a risolvere il disturbo.

Se il dolore è intenso e persistente è indicato il trattamento chirurgico.

L'intervento viene effettuato in anestesia locale ambulatorialmente, per cui si può essere dimessi all'uscita della sala operatoria.

Dopo l'infiltrazione con anestetico locale ed applicazione di laccio pneumostatico, si esegue una piccola incisione trasversa di circa due o tre centimetri a livello del dorso del polso in corrispondenza del primo compartimento che ospita i due tendini interessati. Si procede per via smussa nel derma dove si isolano i rami cutanei sensitivi del nervo radiale (Fig. 3); si giunge quindi sulla guaina stenotica ed infiammata.



Fig. 3: Accesso trasversale al polso ed isolamento dei rami sensitivi nervosi del nervo radiale

Questa viene incisa in tutta la sua estensione longitudinale e vengono liberati i tendini verificandone lo scorrimento intraoperatoriamente. Bisogna porre particolare attenzione ad identificare attentamente i capi dell'abduktore lungo e dell'estensore breve del pollice poiché esistono numerose varianti anatomiche con presenza di setti all'interno della guaina stessa che possono trarre in inganno. Si corre infatti il rischio di considerare liberi tutti i tendini nelle loro varianti anatomiche classiche dimenticando, di solito l'estensore breve, che può essere avvolto da una sorta di guaina accessoria, peraltro presente in oltre il 30 % dei polsi (malattia di Christie-Wulle).

Si esegue quindi la sutura con tre o quattro punti lasciando un piccolo drenaggio per capillarità. La ferita viene quindi medicata con un bendaggio di cotone e benda elastica, concedendo immediatamente il movimento attivo.

Il giorno successivo viene rimosso il drenaggio e sostituito il bendaggio con una piccola medicazione compressiva; i punti di sutura saranno invece rimossi dopo circa dieci giorni. La riabilitazione della mano attraverso una mobilizzazione passiva eseguita dal Paziente con l'altra mano e il movimento attivo, portano ad un beneficio pressoché immediato dalla sintomatologia algica che permette di riprendere in breve tempo le comuni attività di vita relazionale e lavorativa. La riabilitazione della mano operata di guainotomia per morbo di De Quervain è più semplice rispetto al recupero di una mano operata per dito a scatto.

Dopo intervento per dito a scatto come per tunnel carpale o per malattia di De Quervain, operati singolarmente o in associazione come spesso succede, si consiglia di mobilizzare attivamente le dita della mano operata serrando con forza il pugno e ripetendo più volte il movimento alternandolo a pause di riposo. Si raccomanda di muovere attivamente e ripetutamente la spalla e il gomito in tutte le direzioni consentite. E' consigliabile evitare fino al successivo controllo

medico di sottoporre la mano operata a sforzi in prensione come stringere maniglie, alzare serrande ecc. Consiglio in ultimo di dormire la prima notte preferibilmente in posizione supina con spalla anteposta e gomito esteso appoggiando la mano operata su un cuscino. Malgrado queste importanti raccomandazioni le dita potrebbero tendere a gonfiare. In questo caso si consiglia di insistere, malgrado l'eventuale dolore, nello stringere il pugno è importante aiutarsi con la mano non operata a mobilizzare fino alla completa flessione tutte le dita della mano operata. L'eventuale comparsa di macchie di ecchimosi specialmente alla regione volare del polso e dell'avambraccio non devono assolutamente spaventare in quanto espressione di modesto stravasamento ematico legato all'uso del bracciale pneumatico nel corso dell'intervento. Si raccomanda in ultimo di NON usare localmente pomate od unguenti in quanto le macchie ecchimotiche scompariranno senza alcun esito nel corso dei 10 gg successivi all'intervento.