

Dito a scatto



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 neurolisi 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.

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.

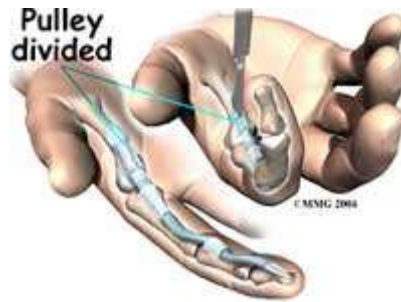


Fig. 1: Caso "paradigmatico" di associazione delle tenovaginaliti (terzo dito a scatto e malattia di De Quervain) e della sindrome del tunnel carpale operate contemporaneamente in anestesia locale.

Il Dito a scatto

Il dito a scatto è il risultato della costrizione della puleggia dell'apparato flessore digitale che causa dolore e difficoltà nella escursione in flesso-estensione dell'articolazione interfalangea prossimale. Può colpire tutte le dita ma più frequentemente colpisce il pollice e il quarto dito alcune volte manifestandosi contemporaneamente su più dita. Sembra che l'indurimento della puleggia, dovuto ad una sorta di trasformazione fibrocartilaginea della stessa, porti ad un restringimento della struttura di contenimento del tendine con conseguente difetto di scorrimento dei tendini flessori rispetto alla loro guaina. L'ispessimento di tale puleggia potrebbe progredire fino al punto da strozzare il tendine flessore in posizione di flessione obbligata della articolazione interfalangea prossimale che può essere risolta solo con l'aiuto dell'altra mano che riporta in estensione il dito dopo uno scatto doloroso. In una fase iniziale sono presenti, specie al mattino, un dolore modesto al dito e al palmo della mano ed una sensazione di intoppo meccanico puro nell'estensione del dito. Al progredire dei sintomi il dolore diventa più acuto e si avverte il tipico scatto durante le escursioni in flessoestensione del dito interessato, eventualmente associato alla presenza palpabile di un nodulo tendineo, inizialmente non dolente e di consistenza duro-elastica, a livello dell'articolazione metacarpo-falangea.

La causa meccanica del tipico scatto del dito risiede nella difficoltà che il tendine incontra nel superare il tunnel stenotico a livello della puleggia; solo forzando ne avviene il superamento, con uno scatto causato dal passaggio del nodulo reattivo del tendine oltre il punto ristretto della guaina. Negli stadi tardivi il dito può essere esteso solo forzatamente e si può arrivare fino alla perdita dell'estensione completa (dito in blocco, classico del pollice).



Il dito a scatto, salvo la forma congenita, spesso si associa a compressione del nervo mediano al tunnel carpale per cui il Paziente lamenta al risveglio mattutino il senso di torpore alle dita nel territorio del nervo mediano associato a grossolane difficoltà nella flessione estensione delle dita.

L'assenza del movimento associata all'atteggiamento in semiflessione delle dita tipici del riposo notturno, giustificano il segno classico del dito a scatto e cioè svegliarsi con il dito in posizione flessa obbligata alla interfalangea prossimale fino a quando, aiutandosi con le altre dita, si raggiunge l'estensione con una sensazione di scatto francamente dolorosa. Attivando il movimento in flessione estensione delle dita la sintomatologia si attenua. Il movimento infatti aumenta la produzione, all'interno delle guaine, di un film liquido lubrificante che serve a diminuire i fenomeni di attrito tra il tendine e la guaina che lo avvolge.

In diagnosi differenziale, si possono prendere in considerazione anche altre cause di rigidità dell'articolazione interfalangea prossimale, come il degrado artrosico della stessa od esiti di fratture del polso o dei metacarpi complicate da rigidità diffusa dei raggi digitali.

Nei casi dubbi è utile eseguire una serie di radiografie della mano dolente per escludere patologie concomitanti ed anche l'esame ecotomografico della regione interessata che può dimostrare l'ispessimento volumetrico delle puleggie interessate.

Trattamento

Il trattamento farmacologico con FANS porta ad un sollievo temporaneo o risolve forme che spontaneamente sarebbero regredite pur disturbando per qualche settimana il Pz.

Non penso che valga la pena consigliare tutori od ortesi notturne che impediscano l'atteggiamento in semiflessione delle dita tipici del riposo notturno.

Alcuni Colleghi preferiscono infiltrare con prodotti steroidei la zona sede di scatto spesso portando ad un consistente sollievo della sintomatologia. In realtà frequentemente si assiste ad una recidiva sintomatologica aggravata, dopo eventuale infiltrazione locale steroidea, da sofferenza del derma e conseguenti difficoltà di cicatrizzazione una volta che si debba procedere chirurgicamente.

Nel dito a scatto la terapia per le forme dolenti e strutturate è fondamentalmente chirurgica e si avvale della apertura longitudinale della puleggia associata alla liberazione del tendine dalla guaina ipertrofica ed infiammata, responsabili della costrizione meccanica del tendine e del suo deficit di scorrimento.

L'intervento chirurgico può essere eseguito ambulatorialmente in anestesia locale: dura infatti pochi minuti e il paziente può essere dimesso subito dopo l'uscita dalla sala operatoria.

Generalmente si esegue una piccola incisione (1,5 cm) a livello della piega flessoria palmo-digitale. Da qualche anno preferisco un accesso obliquo centrato sul cuscinetto adiposo palmare. La relativa difficoltà portata dall'abbondanza dei lobuli adiposi è compensata dal risultato estetico e funzionale.

Si rimuove il tessuto adiposo dalla superficie palmare della guaina del tendine flessore mediante dissezione smussa utilizzando due piccoli divaricatori per proteggere i fasci neurovascolari.

Si identifica il confine distale della puleggia metacarpo-falangea che viene incisa risalendo prossimalmente, effettuando contemporaneamente la ablazione della tenosinovia infiammata e degenerata.

Se ci sono nodulazioni sul tendine o persiste lo scatto, si esegue anche una parziale sezione della seconda puleggia anulare.

Si valuta lo scorrimento del tendine attivo e passivo che deve avvenire senza scatti o impedimenti e si esegue infine la sutura cutanea con due o tre punti di sutura. Si applica un bendaggio soffice con benda elastica autoadesiva invitando immediatamente il Paziente al movimento attivo e passivo autoassistito delle dita compreso quello operato. Nel postoperatorio si rassicura il Paziente in merito alla probabile, ed eventualmente intensa nelle prime ore, sintomatologia algica che viene compensata semplicemente invitando il Paziente, malgrado il dolore, al movimento attivo della mano nella sua globalità. Il giorno successivo all'intervento si confeziona una piccola medicazione compressiva sulla ferita che si mantiene fino alla rimozione dei punti di sutura che avviene ad una decina di giorni di distanza.

Gli esercizi di range di movimento devono iniziare immediatamente in associazione all'uso notturno di uno splint denominato molla di Levame (Fig. 2) per mantenere il dito in estensione che si consiglia mantenere fino a completa maturazione cicatriziale dei tessuti (circa trenta gg dall'intervento). Nell'arco di una settimana il paziente può riprendere le comuni attività della vita relazionale. La ferita può essere dolente alla pressione per qualche settimana; la sintomatologia è alleviata dal massaggio della cicatrice. Esteticamente la ferita chirurgica è di ottima qualità ed è difficilmente riconoscibile già ad un mese di distanza dall'intervento.



Fig. 2: Splint dinamico di Levame che mantiene il dito in estensione durante il periodo notturno nei primi trenta giorni post operatori.

Non è raro essere costretti ad operare più dita contemporaneamente e in questi casi si possono ripetere accessi multipli obliqui e vicini senza problemi di tipo cicatriziale (Fig. 3)



Fig. 3

Dopo intervento per dito a scatto 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 e' 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.