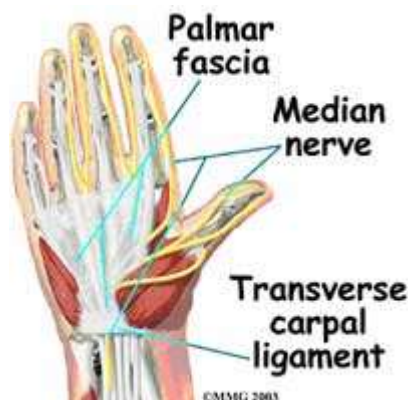


Sindrome del Tunnel Carpale

Compressione del nervo mediano al polso.



Quando il formicolio alla mano diventa insistente ed è presente nelle ore notturne o al risveglio bisogna pensare sempre alla sindrome del tunnel carpale e quindi alla sofferenza del nervo mediano.

La sindrome del tunnel carpale è causata dalla compressione del nervo mediano quando questo attraversa il tunnel o canale carpale del polso e rappresenta sicuramente la più frequente patologia della mano e dell'arto superiore. La sua maggiore incidenza si ha nelle donne in età menopausale, ma non è raro trovarla anche nei soggetti maschi, specialmente se lavoratori manuali.

I sintomi

La fase iniziale della compressione del nervo mediano è detta "irritativa", può durare anche vari anni ed è caratterizzata da alterazioni della sensibilità aspecifiche ed episodiche che si verificano soprattutto durante la notte o al risveglio. In particolare si osserva quasi sempre formicolio e torpore alle prime tre dita della mano. In passato tale sintomatologia veniva messa in relazione ad

eventuale artrosi cervicale, spesso coesistente. L'evoluzione della compressione, quando non adeguatamente trattata, conduce inesorabilmente ad un peggioramento dei sintomi: il formicolio diventa continuo sino a disturbare il sonno notturno; inesorabilmente però subentra quasi sempre la fase "PARALITICA", caratterizzata da gravi disturbi della sensibilità tattile e dalla diminuzione della forza prensile anche a causa dell'ipotrofia muscolare presente all'eminenza tenare, situata alla base del pollice. Il dolore è tipico delle fasi avanzate della compressione nervosa: inizia alle dita e si irradia fino alla spalla omolaterale.

Perché si determina la compressione del nervo ?

Il tunnel carpale è un canale osteofibroso del polso delimitato profondamente da un pavimento osseo costituito dall'insieme delle ossicine carpaliche che formano le pareti di una sorta di doccia chiusa verso la superficie cutanea da un robusto tessuto fibroso (legamento trasverso anteriore del carpo). Il tunnel carpale è attraversato dal nervo mediano prima che si divida nei sottili rami nervosi collaterali destinati al pollice, indice, medio e superficie radiale dell'anulare. Insieme al nervo il tunnel contiene tutti i tendini flessori digitali e le loro guaine. Da quanto detto si capisce come qualsiasi condizione che determini un aumento di volume all'interno del tunnel (ipertrofia delle guaine tendinee o ispessimento del legamento trasverso anteriore del carpo) determina una compressione diretta sul nervo mediano causando la caratteristica sintomatologia. L'ipertrofia delle guaine dei flessori è tipica del sesso femminile in rapporto con le alterazioni ormonali che accompagnano il periodo menopausale.

Può anche essere la conseguenza di attività lavorative che comportino sforzi fisici ripetuti interessanti il polso e la mano (macellai, elettricisti, sarti, impiegati che passano diverse ore della giornata a computer con il mouse ecc.). Spesso non esiste una causa precisa quanto un insieme di fattori concausali che insieme ad un ispessimento fibroso del legamento trasverso anteriore che interviene senza un motivo conosciuto (idiopatico) determinano l'aumento di pressione all'interno del canale carpale e la conseguente sintomatologia. Altre volte la comparsa della Sindrome compressiva complica il decorso di fratture del polso che determinano una alterazione anatomica della doccia carpale. ([traumatologia >>](#))

In ultimo può associarsi a condizioni patologiche diverse che hanno in comune un aumento della pressione all'interno del canale carpale (artrite reumatoide, diabete, ipotiroidismo, pazienti costretti all'emodialisi).

La diagnosi

La sintomatologia è quasi esclusivamente soggettiva caratterizzata nella fase iniziale dal formicolio o sensazione di "addormentamento" o torpore presente nelle dita innervate dal n. mediano (pollice, indice, medio e superficie radiale dell'anulare). All'inizio questi sintomi sono presenti al risveglio mattutino o svegliano il paziente durante la notte in rapporto alla posizioni in estensione o flessione che può assumere il polso durante il riposo notturno. In effetti la posizione forzata in flessione o estensione del polso mantenuta dal paziente per circa trenta secondi se causa formicolio nel territorio del mediano è ritenuta un test clinico oggettivo affidabile di presenza della sindrome (test di Phalen). Altro test clinico oggettivo attendibile solo nelle avanzate compressioni è il test di Tinel (percussione con dito o martelletto della regione anteriore del polso ritenuto positivo quando la manovra provoca una sorta di "scarica" elettrica lungo il decorso del mediano).

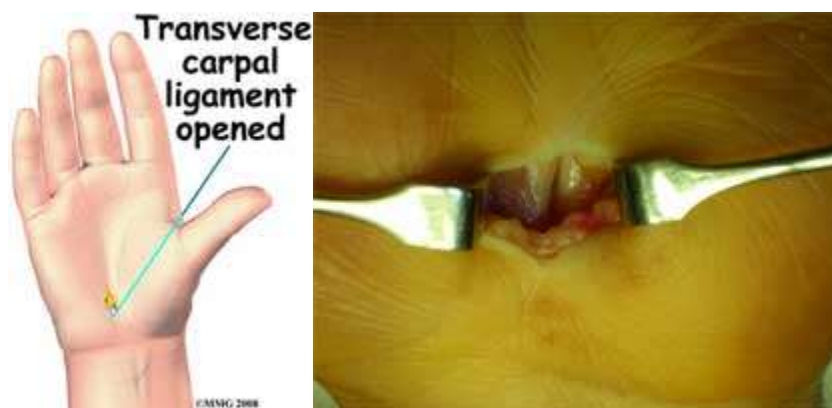
Nei casi dubbi si può consigliare un esame che permette di valutare sia la velocità di conduzione dello stimolo nervoso da parte del nervo mediano (elettroencefalografia sensitiva e motoria) sia il trofismo muscolare della eminenza tenare, specialmente l'opponente del pollice.

Bisogna però precisare che questi esami elettrici diventano positivi solo nelle fasi di avanzata compressione nervosa per cui vanno interpretati dallo specialista, che dovrà coniugare i risultati di questi esami con l'esame clinico e spesso consigliare trattamento chirurgico pur con EMG negativa.

La terapia

Quando le comuni terapie mediche o fisiche come Ultrasuoni, Ionoforesi, laserterapia non sono in grado di diminuire l'intensità della sintomatologia si deve ricorrere alla chirurgia.

L'intervento può essere praticato ambulatorialmente, in anestesia locale e in una alta percentuale di casi porta ad un beneficio pressoché immediato.



Si pratica un'incisione di circa 1-2 cm al palmo attraverso la quale si interrompe il legamento trasverso del carpo e si provvede a liberare dall'esterno il nervo mediano (neurolisi esterna). L'atto chirurgico interrompe la compressione sul nervo determinando immediatamente un sollievo alla sintomatologia. E' chiaro che gli eventuali danni da compressione già presenti per il perseverare della sintomatologia possono, anche se raramente, non regredire. In ogni caso il trattamento chirurgico è indicato per evitare un ulteriore danno nervoso che aggraverebbe i deficit già presenti. L'intervento dura pochi minuti per cui il paziente può essere dimesso subito dopo l'uscita dalla sala operatoria. Il paziente può muovere la mano appena dopo l'intervento e nell'arco di una settimana riprendere le comuni attività della vita relazionale. Esteticamente la ferita è di ottima qualità ed è difficilmente riconoscibile già a tre mesi di distanza dall'intervento.



Mi preme precisare che nonostante un accesso minimo e tempi chirurgici brevissimi (3,4 minuti circa) la zona chirurgica di accesso può risultare dolente e dolorabile durante le prese di forza anche per molte settimane dopo l'intervento. Questo classico dolore non deve assolutamente spaventare perché è destinato a scomparire man mano che la cicatrice da una parte si "ammorbidisce " e dall'altra va a compensare la superficializzazione del nervo mediano conseguente all'intervento.

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. 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.