



LA SINDROME DEL TUNNEL CARPALE

Dalla diagnosi alla cura

Che cos'è?

Il nervo mediano fornisce la sensibilità alle prime tre dita e a metà del dito anulare. Esso inoltre fornisce lo stimolo per il movimento ai muscoli che si trovano alla base del pollice.

Il nervo nasce con le sue radici dalla colonna cervicale, attraversa il braccio, l'avambraccio e, giunto al polso, passa all'interno di un canale (il tunnel carpale) che contiene anche i tendini che fanno piegare le dita (tendini flessori).

Come tutti i tunnel, anche il tunnel carpale ha un pavimento (le ossa del polso) ed un soffitto, che è formato da un legamento (il legamento palmare trasverso).

La sindrome del tunnel carpale (STC) si presenta quando il nervo soffre perché viene compresso nel suo tratto di passaggio attraverso il tunnel.

Che cosa la provoca?

Di solito la causa della compressione è l'aumento dello spessore del "soffitto" del canale, formato dal legamento palmare trasverso. Ciò può essere dovuto a traumi ripetuti (per lo più per motivi legati al lavoro), a malattie di tipo reumatico e a modificazioni ormonali (ad esempio, la menopausa). Altre cause meno frequenti sono le cisti o i lipomi all'interno del canale carpale e le fratture del polso, che possono rendere irregolare il "pavimento" del tunnel, restringendo lo spazio a disposizione del nervo.

La sindrome colpisce soprattutto le donne, per lo più tra i 30 e i 70 anni. Essa è particolarmente frequente nei pazienti con artrite reumatoide, diabete, ipotiroidismo e insufficienza renale.

Tutte queste condizioni provocano l'aumento del volume delle strutture contenute nel canale carpale.

Poiché il lavoro d'ufficio può aggravare la STC, è importante curare la postura.

Attenzione alle tastiere del computer troppo alte o troppo basse e alle posizioni di flessione prolungata del polso. E' bene evitare lavori ai quali non si è abituati (ad esempio, digitare al computer per ore per finire un lavoro, se non si è abituati a farlo).

Sintomi?

I sintomi tipici sono il dolore al polso, la riduzione della sensibilità e il formicolio alle prime tre dita.

Sono frequenti l'impaccio nei movimenti fini e la perdita della forza di presa (stoviglie che cadono di mano).

I disturbi sono inizialmente più intensi di notte, ma poi persistono anche durante il giorno.

Diagnosi

I sintomi descritti dal paziente sono la componente più importante per la diagnosi. E' comunque utile l'elettromiografia.

L'elettromiografia è un esame eseguito da un neurologo, che misura la velocità con cui uno stimolo elettrico è trasportato lungo il nervo mediano dal cervello alla mano e viceversa; l'esame inoltre valuta l'attività dei muscoli che ricevono lo stimolo dal nervo stesso.

Nel punto in cui si trova l'ostacolo, l'elettromiografia evidenzia una diminuzione della velocità con cui gli stimoli stessi passano lungo il nervo.

Trattamento delle forme iniziali

Nelle forme molto iniziali può essere utile l'impiego di un tutore rigido per il polso e di trattamenti di fisioterapia per sfiammare (es. laser, tecarterapia, ecc.).

Trattamento chirurgico

Se i sintomi persistono è necessario l'intervento chirurgico.

L'intervento chirurgico ha lo scopo di eliminare la compressione sul nervo mediano.

L'intervento, che ha una durata di circa 15 minuti, viene effettuato in Day Hospital con l'anestesia di tutto l'arto.

Con l'intervento viene sezionato il legamento trasverso, in modo da allargare le dimensioni del tunnel carpale ed aumentare lo spazio a disposizione dei tendini e del nervo.

Esistono due tecniche di intervento.

La tecnica a cielo aperto prevede un'incisione di circa 2 centimetri alla base del palmo. Attraverso questa incisione è possibile sezionare il legamento per tutta la sua lunghezza.

La tecnica endoscopica seziona il legamento dall'interno verso l'esterno. Attraverso una piccola incisione al polso è possibile introdurre al di sotto del legamento una sonda a fibre ottiche collegata ad una videocamera. L'apparecchio endoscopico contiene una lama.

Una volta che l'apparato è in posizione corretta, il chirurgo estrae la lama e seziona il legamento, controllando l'azione su un monitor televisivo allegato alla videocamera.

Periodo post-operatorio

Dopo l'intervento viene applicato un bendaggio non rigido. E' necessario tenere la mano elevata e fare esercizio muovendo le dita. Già dal giorno successivo è possibile effettuare qualche piccola attività con la mano (allacciare bottoni, impugnare una posata, scrivere). Non si devono fare sforzi o movimenti bruschi o ripetuti.

I punti vengono asportati dopo 10-12 giorni.

Di solito il paziente è in grado di riprendere la propria attività dopo circa 4 settimane dall'operazione.