

La decompressione del nervo mediano al tunnel carpale con tecnica mini-open.

A. Pisani, **G. Gemelli**, L. Soliera*, S. Pandolfino, E. Barbieri, M. A. Rosa*.

- I.O.M.I. Ganzirri – Messina
- *U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia – Università di Messina

RIASSUNTO

La sindrome del tunnel carpale (STC) è una delle neuropatie periferiche più note e più comuni, non solo in ambito ortopedico, interessando, per vari motivi, anche altre competenze specialistiche (neurologia, chirurgia plastica, reumatologia). Gli Autori, dopo un breve accenno sull'anatomia topografica del nervo mediano al carpo con le sue varianti, riferiscono la loro esperienza sul trattamento a “cielo chiuso” con accesso mini-open della STC su oltre 1000 pazienti trattati tra il 1995 e il 2003, con una sostanziale prevalenza del sesso femminile (70% circa) e con risultati eccellenti sotto il profilo del precoce ripristino della funzionalità della mano e della risoluzione della sintomatologia dolorosa. Le complicanze hanno riguardato casi isolati di ipertrofie cicatriziali, lesioni iatrogene nervose (ipo-anestesia polpastrello 2°-3° dito) e recidive della sindrome canalicolare.

INTRODUZIONE:

La sindrome del tunnel carpale (STC) è una patologia tra le più comuni e conosciute, così come l'intervento di decompressione del canale carpale per sindromi canalicolari a “cielo chiuso” è una metodica che se condotta con rispetto rigoroso di determinati parametri di anatomia topografica e chirurgica garantisce un risultato sovrapponibile a quello ottenuto con le altre ben note tecniche chirurgiche (4) (5) (6). In questo studio vengono riportati i risultati ottenuti con tale tecnica attraverso una revisione della casistica presso l'Istituto Ortopedico del Mezzogiorno d'Italia di Messina.

MATERIALI E METODI:

Tra il 1995 e il 2003 sono stati trattati con metodica mini-open 1036 pazienti affetti da STC (tab. 1). Vi è stata una sostanziale prevalenza del sesso femminile (72%), con un'età media di circa 52 anni. Tutti i pazienti sono stati valutati prima dell'intervento con il "Boston Carpal Tunnel Questionnaire" (BCTQ) (7). La tecnica adottata dagli Autori prevede innanzitutto un'incisione di 1 cm lungo la plica cutanea flessoria distale del carpo e la successiva sezione del legamento trasverso "a cielo chiuso" per 3 cm prossimamente e distalmente dalla via d'accesso, con l'ausilio di una sonda scanalata. (Fig. 1) (Fig. 2) (Fig. 3).

RISULTATI

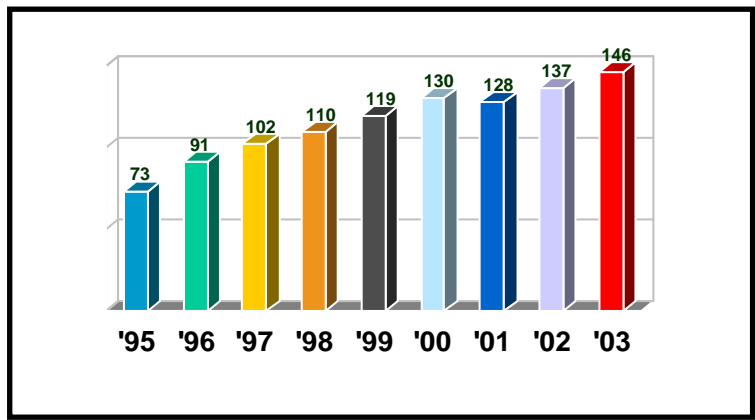
Tutti i pazienti operati sono stati sottoposti a controllo routinario ambulatoriale dopo 10-14 giorni, e successivamente è stato eseguito un follow-up a 1, 3, 6 mesi su un campione randomizzato di pazienti. Gli Autori hanno potuto osservare nella quasi totalità del campione il ripristino precoce della funzionalità della mano, mentre le complicanze sono state rappresentate da ipertrofie cicatriziali, lesioni iatrogene nervose (con ipo-anestesia polpastrello 2°-3° dito) e recidive della sindrome canalicolare nelle misure percentuali rispettivamente dello 0.6, 0.25 e 1.2 %.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI:

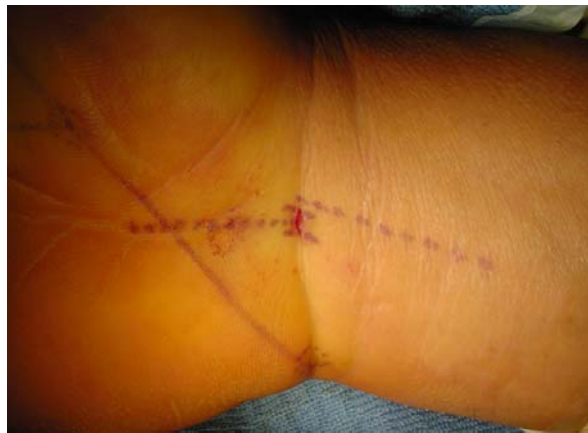
La STC rimane una delle neuropatie periferiche più note e più comuni e l'intervento, sia esso eseguito con tecnica mini-open che con tecniche tradizionali, conduce ad una risoluzione totale della sintomatologia, sebbene permanga una minima percentuale di casi che possono manifestare la persistenza o la ricorrenza del sintomo, o lo sviluppo di nuovi sintomi (2) (3) (8). Pertanto, secondo l'esperienza degli Autori, attraverso un rigoroso rispetto dei principali elementi anatomico-topografici (1) tale metodologia può essere applicata senza riserve a tutti i pazienti affetti da STC, con risultati nel complesso soddisfacenti, notevole gradimento da parte del paziente e non ultimo per importanza, un minimo dispendio di risorse, considerando che il trattamento può essere effettuato di routine con modalità assistenziali di day surgery.

BIBLIOGRAFIA

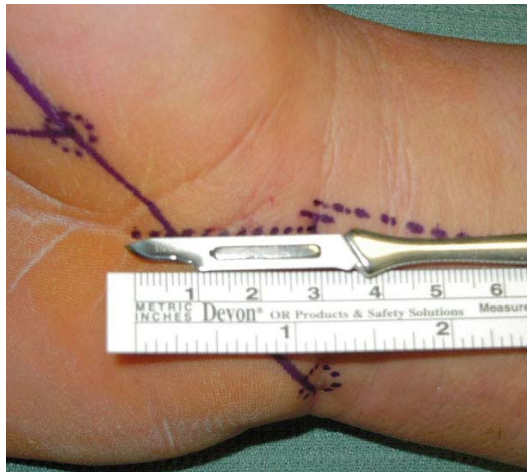
1. Bonola A, Celli L, Taroli A. La mano. 1981 Piccin Ed. 282-86.
2. Bradley MP, Hayes EP, Weiss AP, Akelman E. A prospective study of outcome following mini-open carpal tunnel release. *Hand Surg.* 2003 Jul;8(1):59-63.
3. Brooks JJ, Schiller JR, Allen SD, Akelman E. Biochemical and anatomical consequences of carpal tunnel release. *Clin Biochem* 2003 Oct;18(8):685-93.
4. Cokluk C, Senel A, Iyigun O, Celik F, Rakunt C. Open median nerve release using double mini skin incision in patients with carpal tunnel syndrome: technique and clinical results.
5. Huang JH, Zager EL. Mini-open carpal tunnel decompression. *Neurosurgery* 2004 Feb;54(2):397-9.
6. Innis PC. Endoscopic carpal tunnel release. *J South Orthop Assoc* 1996 Winter;5(4):281-91.
7. Levine DW, Simmons BP, Koris MJ, Daltroy LH, GG Hohl, AH Fossel, JN Katz. A self-administered questionnaire for the assessment of severity of symptoms and functional status in carpal tunnel syndrome. *Journal of Bone and Joint Surgery* 1993; 75-A: 1585-1592.
8. Tung TH, Mackinnon SE. Secondary carpal tunnel surgery. *Plas Reconstr Surg.* Jun 2001;107-7:1830-42.



(Tab. 1)



(Fig. 1)



(Fig. 2)



(Fig. 3)