

<b>DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato</b>	<b>INFORMATIVA DECOMPRESSIONE DEL NERVO MEDIANO PER SINDROME DEL TUNNEL CARPALE</b>	<b>SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato</b>
<b>C045 Rev. data applicazione 16/04/2019 Pag. 1 a 2</b>		

La sindrome del tunnel carpale è la neuropatia (malattia di un nervo periferico) più frequente che colpisce in particolar modo il sesso femminile (5:1) ed è dovuta alla compressione del nervo mediano al polso nel suo passaggio attraverso il tunnel carpale. Il tunnel carpale è una struttura anatomica del polso, formato dalle ossa carpali (scafoide e trapezio da un lato, piriforme e uncinato dall'altro) e dal legamento trasverso del carpo (nastro fibroso che costituisce il tetto del tunnel). Il "tunnel" è attraversato dal nervo mediano e da strutture vascolari e tendinee (tendini muscoliflessori delle dita).

Prolungati e/o ripetitivi movimenti di flesso-estensione del polso (in minor misura anche la flessione delle dita), possono dar luogo a un'inflammatione che riduce le dimensioni del tunnel determinando la compressione del nervo mediano. Anche malattie sistemiche (termine che indica malattie che interessano l'organismo nella sua totalità) possono essere associate alla sindrome del tunnel carpale (es. diabete mellito, artrite reumatoide, mixedema, amiloidosi), come pure situazioni fisiologiche (gravidanza, uso di contraccettivi orali, menopausa), traumi (pregresse fratture del polso con deformità articolari), condizioni di fatica ed "overuse" (atleti, lavoratori manuali) artriti e artrosi deformanti.

Il quadro clinico nella sindrome del tunnel carpale si distingue in tre fasi principali di gravità crescente:

- Fase irritativa: dolore al polso e alla mano con andamento spesso stagionale, rigidità, parestesie
- Fase sensitiva o sensitiva-motoria: parestesie, dissociazione termico-dolorifica, ipotrofia muscolare dell'eminanza tenar
- Fase paralitica: grave deficit motorio con scomparsa del dolore, grave ipotrofia, anestesia termo-dolorifica

Il quadro clinico dominante influisce sulla scelta del trattamento.

La terapia della sindrome del tunnel carpale può essere conservativa o chirurgica. Il trattamento conservativo è ipotizzabile se non ci sono deficit della forza o della sensibilità o severe anomalie all'esame elettromiografico. In caso di deficit neurologici, tuttavia, è importante non insistere con la terapia conservativa in quanto possono residuare esiti permanenti. Talvolta è sufficiente cambiare modalità di svolgimento dell'attività lavorativa per ottenere un miglioramento dei sintomi. Le terapie fisiche (ultrasuoni, ionoforesi, laser) e i farmaci steroidei (cortisone), riducono la sintomatologia ma hanno efficacia limitata nel tempo; i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), hanno scarsa efficacia. Le infiltrazioni di sostanze antinfiammatorie nel tunnel carpale sono utili nel solo 24% dei casi a distanza di un anno dal trattamento e possono danneggiare il nervo e i tendini circostanti a causa dell'aumento delle aderenze fibrose che provocano. Esiste infine la possibilità di utilizzare nelle ore notturne e se tollerati anche nelle ore diurne, tutori per il polso.

I trattamenti conservativi sopra elencati sono consigliabili come prima opzione nei casi di recente insorgenza e dove non coesistano disturbi motori, deficit sensitivi, importanti anomalie elettromiografiche e forte dolore. Nei restanti casi è indicato l'intervento chirurgico, in particolare nei pazienti in cui il trattamento conservativo non abbia dato giovamento o un risultati soddisfacenti, nei pazienti anziani e nei pazienti con forte dolore anche senza corrispondenza clinico-strumentale.

Il vantaggio dell'intervento chirurgico rispetto ai trattamenti conservativi, documentato in letteratura, è il miglioramento della sintomatologia a lungo termine, il risultato soddisfacente nell'84-98% dei casi trattati e il ritorno alla normalità nell'85% dei pazienti.

L'intervento chirurgico prevede, comunque venga eseguito, la completa sezione del legamento trasverso del carpo, se necessario associato alla "neurolisi" del nervo mediano (= liberazione dalle aderenze fibrose dovute alla compressione). Può essere effettuato con tecnica tradizionale, mininvasiva o endoscopica, in anestesia locale o regionale (anestesia del plesso brachiale). Ogni tecnica chirurgica precedentemente elencata possiede vantaggi e svantaggi, in letteratura non vi sono evidenze scientifiche che affermano la superiorità di un trattamento rispetto ad un altro, la scelta resta quindi legata fondamentalmente alle preferenze del chirurgo ortopedico.

#### **Procedura chirurgica preferita presso la nostra Struttura:**

L'intervento viene eseguito di norma in regime di Day Hospital, quindi non comportando una degenza notturna presso il reparto; eventuali complicanze chirurgiche comporteranno la trasformazione di un DH in un ricovero ordinario con degenza di qualche giorno.

L'intervento viene eseguito in anestesia plessica o endovenosa o più raramente in anestesia generale: in questo caso la scelta della tecnica anestesiológica, soggetta a specifica informativa e consenso, è prerogativa e compito dell'Anestesista.

L'intervento viene eseguito con la tecnica della minincisione al palmo della mano (tecnica mininvasiva o mini-open): tale metodica assicura una guarigione più rapida della ferita, con una minor incidenza di complicanze alla cute.

<b>DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato</b>	<b>INFORMATIVA DECOMPRESSIONE DEL NERVO MEDIANO PER SINDROME DEL TUNNEL CARPALE</b>	<b>SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato</b>
<b>C045 Rev. data applicazione 16/04/2019 Pag. 2 a 2</b>		

L'intervento in genere comporta la risoluzione immediata del sintomo dolore da patologia; il sintomo parestesie (formicolio alle dita) scompare in un tempo variabile da 1 giorno a 2 mesi; la forza, in caso di gravi deficit, riprende in un tempo variabile più lungo.

Talora localmente può comparire una cicatrice ipertrofica (o cheloidea), che devono essere trattati il più precocemente possibile, segnalandoli al chirurgo.

Poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente programmato a priori l'esatto risultato, in quanto i processi di cicatrizzazione profonda dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate, ma ancor più dalle risposte dell'organismo. Eventuali complicanze possono essere trattate e a tal fine è necessario che il paziente, nei giorni successivi all'intervento controlli le condizioni della cute delle dita (una sua alterazione potrebbe indicare disturbi della circolazione), la presenza di sensibilità cutanea (una sua alterazione potrebbe indicare disturbi della conduzione nervosa sensitiva) e la loro motilità.

I rischi della tecnica chirurgica sono legati all'accesso visivo disagiata, per cui talora anomalie anatomiche non precedentemente valutabili possono essere trattate mediante allargamento della via di accesso.

La mobilizzazione della mano avviene immediatamente dopo la pratica chirurgica; talora possono permanere difficoltà al movimento da trattare con adeguata Fisiocinesiterapia.

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

L'esito dell'intervento è influenzato da numerosi fattori quali l'età, il grado originario della lesione del nervo, il periodo intercorso dall'inizio dei sintomi, il potenziale evolutivo della malattia, la tendenza a formare aderenze tra i vari piani anatomici e cicatrici ipertrofiche, le abitudini di vita, le caratteristiche ambientali e lavorative.

Le complicanze locali relative a questo specifico intervento sono rappresentate da:

**Complicanze precoci:**

- dolore;
- sanguinamento e conseguente ematoma;
- lesione del nervo mediano o di suoi rami;
- complicanze infettive superficiali e profonde con deiscenza (cedimento dei punti) della ferita chirurgica e allungamento dei tempi di guarigione;
- "algodistrofia", fenomeno complesso provocato da una anomala risposta al dolore, che può comportare importanti alterazioni anatomo-funzionali dell'intera mano.

**Complicanze tardive:**

- recidiva della patologia;
- formazione di aderenze cicatriziali tra i vari piani anatomici con successiva rigidità del polso e delle dita.

Tali complicanze possono richiedere ulteriori interventi chirurgici e quindi un notevole allungamento dei tempi di guarigione. Ogni tecnica chirurgica proposta, presenta percentuali di successo variabili dal 90% al 95%, secondo le varie fonti statistiche, cui corrispondono, ovviamente, percentuali di insuccesso del 5%-10%; questa quota non trascurabile di insuccessi è legata alla variabilità della risposta di ciascun Paziente all'atto chirurgico, all'evoluzione del decorso postoperatorio e dei processi di riparazione tissutale e non dipende da una errata esecuzione dell'intervento chirurgico.

**Per ogni evenienza o dubbio può contattarci al seguente numero telefonico 0544-508311**

**Altre informazioni richieste dal paziente** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Informativa consegnata in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del professionista \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

**Consegnare una copia, datata e firmata, all'U.P.R**

**Allegare la "Dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio": in caso di minore modulo C004,  
in caso di soggetto incapace/con amm. di sostegno/fiduciario modulo C005**