

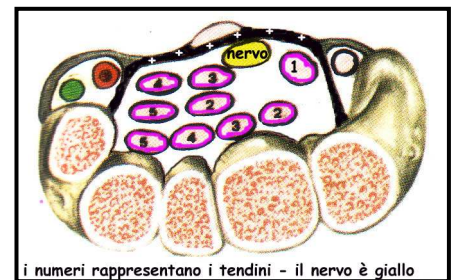


INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

ISTRUZIONI PER L'INTERVENTO PER SINDROME DEL TUNNEL CARPALE

La sindrome del tunnel carpale è una malattia caratterizzata da formicolio alla mano (localizzato alle prime 3-4 dita), soprattutto nelle ore notturne, fastidioso sino a causare il risveglio, dolori e difficoltà di eseguire alcuni gesti della vita quotidiana, con progressiva perdita di sensibilità alle stesse dita.

La causa di tale malattia è la compressione del nervo mediano (uno dei tre nervi che arrivano alla mano) a livello del polso, in uno stretto canale, che prende appunto il nome di "tunnel carpale". Il nervo mediano passa attraverso questo tunnel assieme ai 9 tendini flessori delle dita. La malattia è molto più frequente nelle donne, soprattutto fra i 40 e 60 anni, in molti casi in entrambe le mani. Per avere una diagnosi sicura è necessario un esame elettromiografico, che consiste nel misurare strumentalmente il grado di funzionalità del nervo mediano.



Le cure conservative (farmaci, fisioterapia, kinesiterapia, mesoterapia) danno parziali risultati. Le infiltrazioni con cortisonici sono potenzialmente dannose per il nervo. Nei casi in cui il trattamento conservativo non sia stato efficace, per risolvere il problema è utile un intervento chirurgico.

Esso ha lo scopo di creare spazio attorno al nervo, quando passa dentro il tunnel carpale, e consiste nella sezione del legamento (nella figura in nero con + +) che forma il tetto di questo tunnel. Viene eseguito (a seconda dei casi e dei pazienti) in Day Surgery o in regime ambulatoriale e in anestesia locale, che viene fatta direttamente al polso, mediante una iniezione. L'esecuzione dell'anestesia locale è fastidiosa, ma il dolore provocato dura meno di un minuto. La tecnica operatoria da noi usata per la sindrome del tunnel carpale varia a seconda dei casi:

- con una piccola incisione (circa 2 cm.) al palmo della mano, nella maggioranza dei casi;
- oppure con una incisione più ampia al polso, se è necessario liberare dalle loro guaine i tendini che si trovano vicini al nervo, onde ottenere maggior spazio;

Prima dell'intervento sarà chiarita al paziente la tecnica migliore per il suo caso.

Dopo l'intervento viene applicata una fasciatura e/o una stecca in resina; è necessario tenere, per la prima settimana, la mano più alta del gomito, tenere fermo il polso, muovere frequentemente le dita della mano sino a chiudere completamente il pugno, iniziando dopo una settimana a compiere i comuni gesti quotidiani, senza fare assolutamente sforzi, ed evitando assolutamente di bagnare la medicazione. Tutto ciò facilita il risolversi del possibile gonfiore e dell'eventuale ematoma.



E' un grave errore tenere la mano ferma, senza usarla, per paura del dolore. Può essere utile un antidolorifico nei primi giorni dopo l'intervento (ad esempio *Effergal* o *Toradol* compresse sino ad un massimo di tre al giorno), per poter eseguire i movimenti della mano completamente. Dopo 5-6 gg. la medicazione può essere, se indicato dal chirurgo, sostituita da un semplice cerotto. I punti vanno rimossi dopo 10 - 12 giorni. Non vanno fatti sforzi con la mano operata per almeno 2 settimane.

E' necessario fare della fisiocinesiterapia, solo nei casi più gravi oppure quando il paziente non ha seguito le istruzioni di muovere subito le dita.

L'attività lavorativa può essere ripresa dopo 2-5 settimane, a seconda del lavoro eseguito dal paziente.

POSSIBILI PROBLEMI

Non tenere la mano in posizione corretta dopo l'intervento può causare il formarsi di edema. Tale evenienza, che complica la guarigione, va accuratamente evitata mediante la giusta posizione e il precoce movimento delle dita.

Le infezioni sono un evento molto raro, ma grave. Per tale motivo la medicazione deve essere mantenuta molto pulita.

L'intervento con una piccola incisione è migliore dal punto di vista estetico e consente una più rapida ripresa della propria attività, ma in qualche caso può non risolvere completamente il problema.

L'intervento con una incisione più grande dà maggiori garanzie di risultato ed è preferibile nei casi più gravi.

Se la malattia è presente da molti anni, nelle persone anziane e nei casi in cui il danno del nervo è grave, il risultato dell'intervento può essere parziale e lento a realizzarsi: ciò dipende dal fatto che il nervo mediano è stato danneggiato molto e a lungo, e non è in grado di riprendere completamente a funzionare bene, nonostante l'intervento. In ogni caso è necessario aspettare almeno 6 mesi, prima di dare un giudizio definitivo. Nei casi gravi, il formicolio alle dita può pertanto rimanere, anche dopo l'intervento.

Se la sindrome del tunnel carpale è presente anche nell'altra mano, questa va operata solo dopo la guarigione della prima.

Talvolta è presente un dolore ai lati della cicatrice operatoria. Tale dolore - chiamato con termine inglese "pillar pain" - si risolve quasi sempre nel giro di qualche settimana, anche con laserterapia.

DATA

Firma del paziente per presa visione

.....

Nota: copia firmata in cartella, copia non firmata al paziente