

LA MALATTIA DI DE QUERVAIN

Descritta nel 1895 dal chirurgo svizzero De Quervain, la malattia è una tenosinovite delle guaine dei tendini del 1° compartimento degli estensori, cioè l'*abduktore lungo del pollice (ALP)* e l'*estensore breve del pollice (EBP)*. Il processo infiammatorio causa l'aumento di volume della guaina sinoviale dei due tendini e il restringimento della puleggia in cui passano a livello del polso dal lato radiale (quello del pollice). La *puleggia* (fig. 1) è un anello fibroso che ha il compito di mantenere il decorso di tendini in un determinato segmento anatomico, favorendone lo scorrimento e l'azione meccanica. Il suo restringimento causa il difficoltoso movimento dei due tendini e la loro conseguente frizione continua contro le strette pareti della puleggia ristretta.

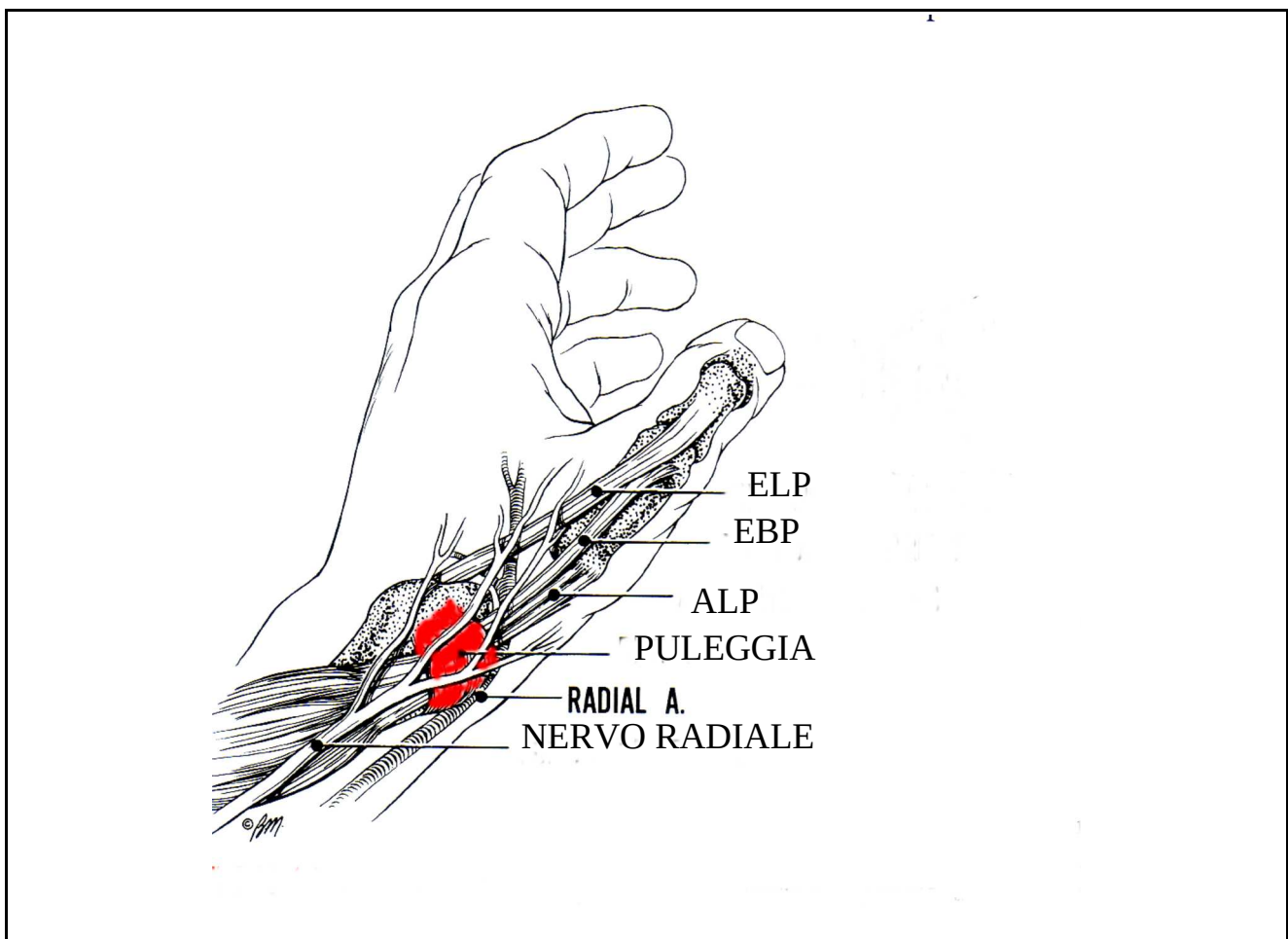


fig. 1, Green – Hotchkiss – Pederson – Wolfe, Green's Operative Hand Surgery, pag. 2153, fig. 60-16, Elsevier Churchill Livingstone, 2005

CHI E' COLPITO DALLA MALATTIA

La malattia colpisce prevalentemente le donne in età medio-giovanile, con un rapporto 5 volte maggiore rispetto agli uomini. La patologia è determinata da un fatto predisponente, costituito dalla incongruenza fra il diametro della puleggia e il calibro dei tendini, con conseguente frizione continua degli stessi. A ciò si aggiunge un fattore scatenante, che a seconda dei casi può essere caratterizzato da microtraumatismi continui, situazioni di alterazioni ormonali, malattie metaboliche.

SINTOMATOLOGIA

Il dolore causato dalla malattia di De Quervain è di solito acuto e si localizza sul versante laterale del polso, irradiandosi a tutta la regione e all'avambraccio. Viene accentuato dai movimenti di torsione del polso e del pollice e dalla deviazione del polso verso il mignolo. Spesso è presente una tumefazione cutanea allungata in corrispondenza del punto di maggior dolore. Il riposo può attenuare la sintomatologia dolorosa, ma la ripresa anche modesta delle attività manuali risveglia subito il dolore.

DIAGNOSI DELLA MALATTIA

La diagnosi della malattia viene fatta principalmente dalla storia del paziente e dall'esame clinico. Talora può essere utile eseguire un'ecografia per verificare lo gravità della tenovaginalite dell'ALP e EBP o la presenza di una eventuale cisti sulla puleggia stessa. E' utile una radiografia del polso nella necessità di una diagnosi differenziale con la rizoartrosi. Altri esami sono eseguiti in casi assolutamente particolari.

TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DI DE QUERVAIN

All'inizio della malattia è possibile attuare un trattamento conservativo, cioè che non prenda in considerazione l'intervento chirurgico. Può essere utile l'uso di antinfiammatori per via generale o locale, un ciclo di fisioterapia (soprattutto Laserterapia) a livello della puleggia dell'ALP e EBP, l'uso di un tutore rigido che blocchi il movimento del pollice e del

polso e l'astensione dall'eseguire lavori manuali ripetitivi o che comportino movimenti di torsione del polso. Possono essere eseguite una o due infiltrazioni di cortisone a livello della puleggia: tale procedura spesso ottiene buoni e duraturi risultati, ma è sconsigliato abusarne. Se i trattamenti conservativi non danno risultato positivo o comunque duraturo nel tempo, è necessario prendere in considerazione una soluzione chirurgica.

INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento chirurgico per la malattia di De Quervain prende il nome di *puleggiotomia*. Viene eseguito in anestesia locale, in regime di day surgery e dura una decina di minuti circa. L'anestesia viene eseguita al polso ed è l'unico momento fastidioso, in quanto l'anestetico "brucia". L'intervento, indolore, consiste in una incisione di 1 cm., o poco più, al polso sul punto di maggior dolore, che corrisponde anatomicamente alla puleggia, la quale va completamente sezionata (fig. 2), aprendo il canale di scorrimento dei due tendini. Se è presente una tenosinovite importante, i tendini sono liberati dalla loro guaina infiammata. Dopo l'intervento il paziente può essere dimesso in un paio d'ore, con una fasciatura che interessa il palmo e il polso, con le dita della mano libere.

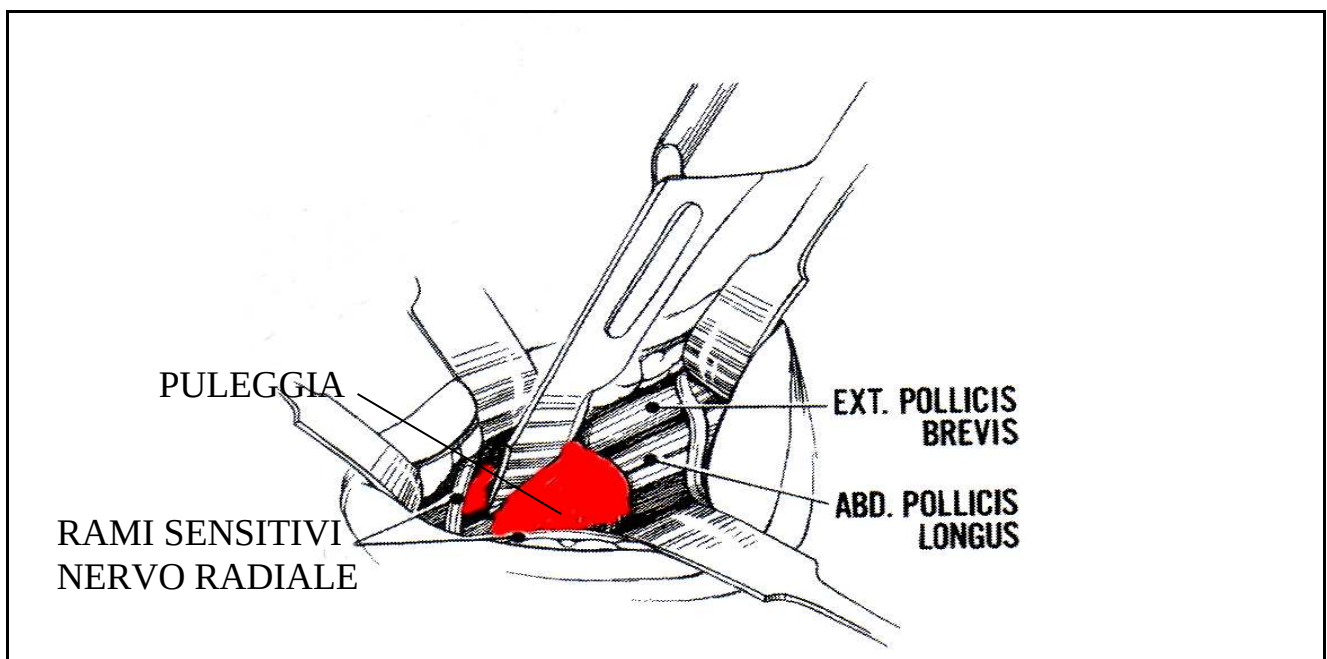


fig. 2, Green – Hotchkiss – Pederson – Wolfe, Green's Operative Hand Surgery, pag. 2153, fig. 60-17, Elsevier Churchill Livingstone, 2005

DECORSO POSTOPERATORIO

Il paziente deve muovere immediatamente le dita della mano, in particolare il pollice. La mano va tenuta alta per i primi giorni e nella prima settimana sono da evitare lavori manuali impegnativi e traumi sulla ferita operatoria. I punti sono tolti in 10-12 giorni e la ripresa completa delle attività lavorative avviene entro 2-4 settimane. Di norma non è necessario eseguire della fisiokinesiterapia.