

LA LUSSAZIONE ABITUALE DEL NERVO ULNARE AL GOMITO: UNA NUOVA PROPOSTA DIAGNOSTICA

A. VIGASIO, I. MARCOCCIO, ¹C. SEDDIO

Centro di Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ortopedica - Istituto Clinico Città di Brescia - Gruppo San Donato - Brescia

¹Istituto di Radiologia - Spedali Civili - Brescia

Recurrent anterior dislocation of the ulnar nerve at the cubital tunnel: new diagnostic approach

SUMMARY

Purpose: *Recurrent anterior dislocation of the ulnar nerve at the cubital tunnel creates symptoms similar to those of the compressive syndrome making the diagnosis very difficult. Dynamic sonography represents a valid support for the diagnosis.* **Materials and Methods:** *Dynamic sonography confirmed the anterior dislocation partial or total of the ulnar nerve in 38 symptomatic patients, treated then by surgical anterior submuscular transposition.* **Results:** *In all cases we registered complete relieve of symptoms.* **Conclusions:** *This methods represents a valid diagnostic support mostly in those cases with persistent symptoms with electromyography negative.*

Riv Chir Mano 2006; 3: 287-290

KEY WORDS

Ulnar nerve, anterior dislocation, dynamic sonography

RIASSUNTO

Scopo: *La lussazione abituale del nervo ulnare al canale cubitale può essere responsabile di una sintomatologia talora dalle caratteristiche analoghe a quelle delle forme compressive di questo nervo al gomito, talora dalle caratteristiche più vaghe, non squisitamente neurologiche e di difficile diagnosi. L'ecografia dinamica rappresenta un fondamentale supporto per la diagnosi di questa patologia.* **Materiali e Metodi:** *L'ecografia dinamica ha confermato la lussazione o la sublussazione anteriore dell'ulnare in 38 pazienti sintomatici, trattati poi chirurgicamente mediante trasposizione nervosa anteriore profonda.* **Risultati:** *Tutti i pazienti hanno riferito la scomparsa, o il netto miglioramento della sintomatologia.* **Conclusioni:** *Questa metodica rappresenta un valido supporto diagnostico soprattutto nei casi con sintomi persistenti e con esami neuroelettrici negativi.*

PAROLE CHIAVE

Nervo ulnare, lussazione anteriore, ecografia dinamica

INTRODUZIONE

La lussazione abituale (1) del nervo ulnare rappresenta una causa di sofferenza del nervo nel canale cubitale. Essa non è così rara come si potrebbe

pensare. Il medico può scambiare di volta in volta i sintomi con quelli di una di una radicolopatia cervicale o di una sindrome dell'egresso toracico o di una sindrome del tunnel carpale o di una entesopatia non solo al gomito ma anche alla spalla (2)

suggerendo e/o praticando terapie (anche chirurgiche) inutili e non risolutive, costringendo il paziente a una prolungata e mal tollerata convivenza con i sintomi.

L'ipotesi diagnostica può essere formulata sia con una dettagliata e mirata raccolta dei sintomi del paziente sia evocandoli con test provocativi sia verificando palpatoriamente la fuoriuscita parziale o completa del nervo dal suo alloggiamento durante i movimenti di flessione del gomito.

L'esame elettromiografico non sempre è di aiuto dal momento che, pur confermando in qualche caso la sofferenza del nervo al gomito, spesso risulta negativo anche in presenza di segni e sintomi inequivocabili (3). In questi casi risulta fondamentale ai fini diagnostici e medico-legali l'esecuzione di una ecografia dinamica (4).

MATERIALI E METODI

Nel periodo compreso tra il Gennaio 2000 e il Ottobre 2005, abbiamo trattato chirurgicamente una serie consecutiva di 95 pazienti affetti da compressione del nervo ulnare al gomito. Si è proceduto alla esecuzione della ecografia dinamica in quei casi (38) in cui la clinica evidenziava o faceva sospettare la lussazione del nervo all'esterno del canale cubitale durante i movimenti di flessione del go-

mito. All'esplorazione chirurgica abbiamo verificato "de visu" la lussazione parziale o totale del nervo durante la flessione passiva del gomito prima di aprire chirurgicamente il canale cubitale. Il trattamento chirurgico è sempre consistito nella trasposizione anteriore profonda sottomuscolare del nervo ulnare con tenotomia a "Z" e tenorrafia degli epitrocleari secondo Dellon (5, 6) (Figg. 1-4).

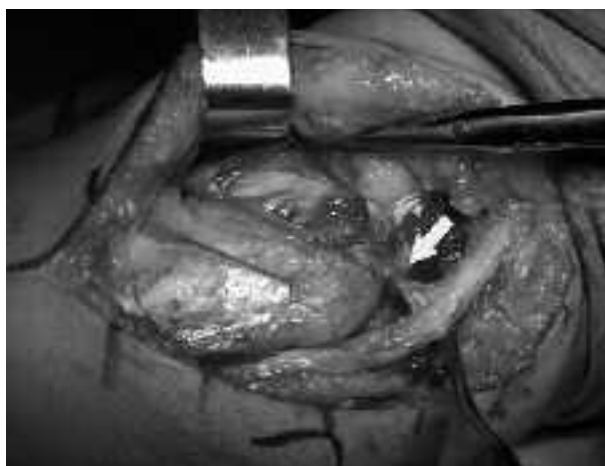


Figura 2. Immagine intraoperatoria: il nervo ulnare viene isolato rispettando i vasi retroepitrocleari, responsabili della vascolarizzazione estrinseca (freccia).

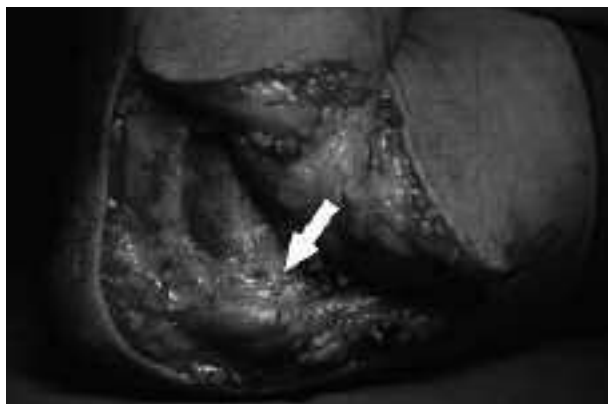


Figura 1. Immagine intraoperatoria: già a poco più di 90° di flessione del gomito si realizza, prima dell'apertura del canale cubitale, la lussazione anteriore del nervo ulnare con "scavalcamento" dell'epitroclea (freccia).



Figura 3. Immagine intraoperatoria: il gruppo muscolare dei flessori-pronatori prima della tenotomia.



Figura 4. Immagine intraoperatoria: sutura muscolare del gruppo dei flessori-pronatori. L'allungamento a Z garantisce dopo la tenorrafia un alloggiamento corretto senza compressione del nervo da parte dei muscoli.

RISULTATI

Tutti i pazienti, nelle valutazioni eseguite mediamente 6 mesi dopo l'intervento, hanno riferito la scomparsa o il netto miglioramento della sintomatologia soggettiva e funzionale. Sono attualmente in corso ulteriori valutazioni con follow-up maggiore per confermare e definire più completamente i risultati.

DISCUSSIONE

La lussazione del nervo ulnare al gomito è conseguente ad una ipermobilità del nervo (7) che, durante i movimenti di flessione passa dalla sua posizione profonda nella loggia cubitale a una posizione più superficiale ed anteriore con scavalco parziale o totale dell'epitroclea. Quando il gomito si estende il nervo ritorna nel suo alloggiamento iniziale nel fondo del canale cubitale. Questo movimento continuo di "va e vieni" è responsabile di una sofferenza nervosa cronica. Il nostro approccio terapeutico varia a seconda dell'entità della compressione e della sintomatologia. Nei casi lievi con sintomatologia ad insorgenza recente, privilegiamo il trattamento conservativo. Coloro tra questi pazienti che non riferiscono

miglioramenti lamentando sintomatologia persistente da almeno sei mesi e/o che comunque, pur migliorati, non sopportano i disturbi residui, vengono trattati chirurgicamente. I casi severi in cui i pazienti lamentano la presenza di sintomatologia importante con dolore severo, associati ad esami elettromiografici indicativi di compressione nervosa rilevante con aspetti di sofferenza neurogena media o grave, vengono sottoposti d'emblée all'intervento chirurgico.

CONCLUSIONE

In base alla nostra esperienza riteniamo che, essendo la lussazione del nervo ulnare al gomito una patologia che interessa elettivamente pazienti di età più giovane rispetto a quella dei pazienti che presentano altre patologie compressive dell'ulnare, dalla potenzialità evolutiva nel tempo e dagli esiti neurologici talora severi, l'atteggiamento terapeutico ideale debba essere, almeno nei pazienti a sintomatologia persistente, quello chirurgico perché la lussazione del nervo ulnare rappresenta una patologia definitiva, legata ad una alterazione anatomica non reversibile spontaneamente. Nella diagnosi di questa temibile neuropatia l'ecografia dinamica è uno strumento indispensabile soprattutto in quelle forme dai disturbi significativi associate a connotazioni cliniche di difficile interpretazione ed elettromiograficamente negative. La conferma ecografica della lussazione nervosa può essere inoltre utilissima in caso di controversia medico-legale perché costituisce un supporto diagnostico inequivocabile, evitando quindi possibili contestazioni suggerite dai limiti offerti dalla soggettività del puro giudizio clinico.

BIBLIOGRAFIA

1. Childress HM. Recurrent ulnar-nerve dislocation at the elbow. Clin Orthop 1975; 108: 169-73.
2. Mackinnon SE, Dellon AL. Surgery of the peripheral nerve. New York: Thieme Medical Publisher, 1988.
3. Tomaino MM, Brach PJ, Vansickle DP. The rationale for and efficacy of surgical intervention for electrodiagnostic-negative cubital tunnel syndrome. J Hand Surg 2001; 36A: 1077-81.

4. Okamoto M, Abe M, Shirai H, Ueda N. Diagnostic ultrasonography of the ulnar nerve in cubital tunnel syndrome. *J Hand Surg* 2000; 25B: 499-502.
5. Nouhan R, Kleinert JM. Ulnar nerve decompression by transposing the nerve and Z-lengthening the flexor-pronator mass. Clinical outcome. *J Hand Surg* 1997; 22A: 127-31.
6. Dellon AL, Coert JH. Results of the musculofascial lengthening technique for submuscular transposition of the ulnar nerve at the elbow. *J Bone J Surg* 2004; 86A: 169-79.
7. Ghazi MR. Recurrent anterior dislocation of the ulnar nerve at the cubital tunnel. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86: 773-5.