

LA TECNICA ENDOSCOPICA SECONDO NAKAO NEL TRATTAMENTO DEL DITO A SCATTO

L. PEGOLI, E. CAVALLI, S. DE SANTIS, J. PAJARDI

U.O. Chirurgia della Mano, Università degli Studi di Milano,
MultiMedia Holding, Sesto San Giovanni (MI)

Nakao's technique for endoscopic trigger finger release

SUMMARY

Introduction: *Pain at the level of the incision site is the main complain of patients treated for trigger finger. Endoscopic trigger finger release has been introduced in our unit to try to minimize this discomfort.* **Materials and methods:** *In this prospetic study 65 patients has been treated for a total of 76 fingers. All the patients has benn evaluated pre operatively and post-op at 7 days and 3 months.* **Results:** *No complications occurred. All the patients referred pain regression and excellent satisfaction.* **Discussion:** *Endoscopic trigger finger release has a higher learning curve but has as main advantage, as well as being less aggressive, the chance of eliminating incision complain and a faster return to daily and working activities.* Riv Chir Mano 2006; 3: 298-300

KEY WORDS

Trigger finger, endoscopy, tenosynovitis

RIASSUNTO

Introduzione: *Il dolore in sede di incisione è l'elemento di maggior sconforto nella puleggiotomia a cielo aperto. Per cercare di diminuire ciò nella nostra Unità, è stata introdotta la tecnica di release endoscopico.* **Materiali e metodi:** *In questo studio prospettico sono stati trattati con metodica endoscopica 65 pazienti per un totale di 76 dita. Tutti i pazienti sono stati valutati pre e post-operatoriamente a 7 giorni e 3 mesi.* **Risultati:** *Non si sono avute complicanze, tutti i pazienti a 3 mesi hanno riferito scomparsa della sintomatologia algica.* **Discussione:** *La tecnica endoscopica, che necessità di un'alta curva di apprendimento, ha quale principale vantaggio, insieme alla scarsa invasività, l'eliminazione dello sconforto del paziente in regione di incisione ed un più rapido ritorno alle attività lavorative*

PAROLE CHIAVE

Dito a scatto, endoscopia, tenosinovite

INTRODUZIONE

La tenovaginalite dei flessori a livello della puleggia A1 è una condizione molto frequente, con un picco di incidenza che può raggiungere il 12% nei lavoratori manuali (1). Il suo trattamento è stato ampiamente descritto (2, 3). Nella nostra Unità Operativa dal 1997 al 2005 sono stati trattati 3084

pazienti con la metodica a cielo aperto. I risultati ottenuti si sovrapponevano a quelli delle principali casistiche con una percentuale di insoddisfazione pari al 15% (4), riferibile al dolore ed alla retrazione in sede di incisione (5, 6). Si è cercato di ovviare a questo utilizzando una tecnica che fosse meno aggressiva, introducendo dall'Ottobre del 2005 la puleggiotomia endoscopica.

MATERIALI E METODI

In questo studio prospettico prima dell'indicazione chirurgica, i pazienti stati sottoposti a trattamento conservativo utilizzando uno splint notturno di scarico per sei mesi, e terapia antinfiammatoria (7). Dall'ottobre 2005 al marzo 2006 sono stati trattati con metodica endoscopica 65 pazienti per un totale di 76 dita. Vi erano 16 maschi e 51 femmine con un'età media di 56 anni (range 82-23). In 43 casi era coinvolta la mano destra ed in 24 la sinistra, 2 pazienti sono stati trattati bilateralmente con un intervallo medio di 2 mesi. In 20 pazienti era coinvolto il 1° dito, in 3 il 2°, in 31 il 3° e in 15 il 4°; in 7 il 5°. In 5 casi erano coinvolte contemporaneamente 2 dita, ed in un caso tre dita. In 9 pazienti la patologia era associata a sindrome del canale carpale, in 2 a Morbo di De Quervain. Il tempo medio di esecuzione dell'intervento dall'incisione al posizionamento degli steri strip è stato di 4,5 minuti (range 3-14).

Tecnica chirurgica

Con il paziente in posizione supina, tourniquet alla radice dell'arto, anestesia tronculare con ago da insulina, si eseguono due incisioni volari di circa 2 mm una in corrispondenza della seconda plica di flessione della metacarpofalangea ed una in regione della seconda plica palmare. Previa dissezione della cute con un moschito (1-a) si introduce lo scollatore, (1-b) sino ad apprezzare palpatariamente il tendine flessore, e lo si fa uscire dall'incisione distale. Si procede ad inserimento della camicia che presenta una apertura (1-c). Previo passaggio di tampone (1-d) per detergere il campo operatorio, si procede ad inserimento dell'ottica da 1.9 (1-e) dall'entrata prossimale, mentre da quella distale si introduce il bisturi curvo (1-f). Si passa quindi alla sezione della puleggia. Si esegue prova intraoperatoria di flessione ed estensione delle dita per accertarsi del buon scorrimento del tendine. Si esegue chiusura con steri-strip e bendaggio semplice per la mobilizzazione immediata.

Nel post-operatorio si confeziona un tutore dinamico notturno in termoplastico per un mese e

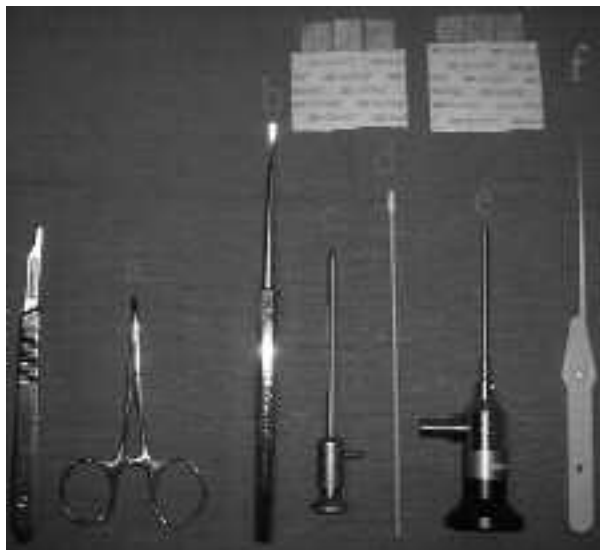


Figura 1. Strumentario.

segue un trattamento riabilitativo con esercizi antiedema, di scorrimento tendineo e stretching articolare. In quinta giornata viene rimossa la medicazione.

Tutti i pazienti sono stati valutati pre-operatoriamente, a 5 giorni ed a 3 mesi post operatoria-

Questionario di valutazione del dito a scatto					
Meno evidente rispetto a:		Da:	Da:	Da:	Da:
Dito a scatto		1° D	2° D	3° D	4° D
Dito a scatto		1° D	2° D	3° D	4° D
La patologia interferisce con le normali attività quotidiane?		Sì		No	
Se sì, quanto interferisce? (aumentando da 0 (nessuna) a 10 (massima))		0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10			
Ha dolore durante la sua abituale attività lavorativa?		Sì		No	
Se sì, può valutare il dolore su una scala da 0 (nessun dolore) a 10 (dolore massimo)?		0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10			
Ha dolore quando muove il dito?		Sì		No	
Se sì, può valutare il dolore su una scala da 0 (nessun dolore) a 10 (dolore massimo)?		0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10			
SE RISPONDE AL QUESTIONARIO PRIMA DELL'INTERVENTO:					
Ha dolore al dito? Per quanto tempo?					
Ha difficoltà ad usare il dito? Quanto?					
Dolore al dito					
SE RISPONDE AL QUESTIONARIO DOPO L'INTERVENTO:					
Come giudica l'efficacia del trattamento? (aumentando da 1 (val. minima=verrà) a 5 (val. massima=ottima))					
1-2-3-4-5					
Grado:					
Data:					

Figura 2. Scheda valutativa

mente valutando il grado iniziale, secondo Green, e fornendo una scheda valutativa da noi redatta (Fig. 2) che tiene in considerazione eventuale deficit residuo di estensione, dolore residuo a riposo e durante l'attività lavorativa (VAS), inabilità al lavoro, giudizio estetico sulla cicatrice (giudizio da 0 a 5).

RISULTATI

Non si sono avute complicanze. Tutti i pazienti hanno riferito scomparsa dello scatto e della sintomatologia algica. Si sono ottenuti 36 risultati eccellenti, 29 buoni e 8 sufficienti; 12 pazienti hanno riferito la presenza di disestesie per un tempo medio di 6 giorni (2-20). 57 pazienti hanno espresso il massimo voto come giudizio estetico della cicatrice (3), 14 un voto discreto e 1 sufficiente (Fig. 3).

DISCUSSIONE

Gli autori hanno ritenuto valido provare la tecnica endoscopica per cercare di ovviare all'elemento che più caratterizza questo tipo di patologia, e cioè il disagio in sede di incisione. La tecnica endoscopica ha vantaggi e svantaggi (8). Tra i primi l'alta curva di apprendimento, la possibilità di disestesie residue nel primo post operatorio per uno stretching dei collaterali sensitivi digitali e non ultimo il costo del materiale. Tra i principali vantaggi

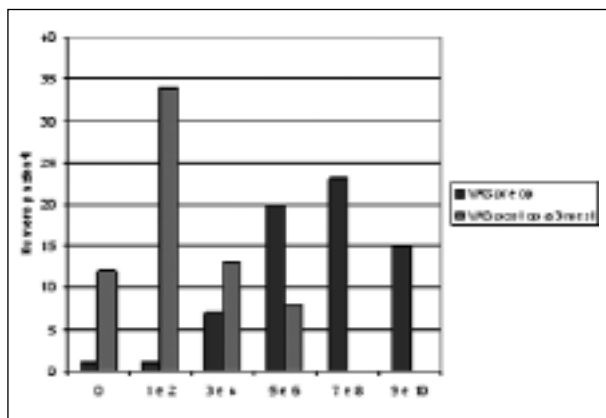


Figura 3. Visual analogic scale pre e post operatoria



Figura 4. Risultato estetico ad un mese

l'assenza di cicatrice in regione palmare (Fig. 4), un rapido recupero delle attività quotidiane e lavorative. Inoltre il tempo di esecuzione chirurgico non differisce da quello tradizionale a cielo aperto. Gli autori pertanto alla luce di questa prima esperienza ritengono la metodica endoscopica sicuramente una procedura molto valida tanto da essere diventato il trattamento di scelta per questo tipo di patologia.

BIBLIOGRAFIA

- Gorsche R, Wiley JP, Renger R. Prevalence and incidence of stenosing flexor tenosynovitis (trigger finger). *J Occup Environ Med* 1998; 40: 556-60.
- Green DP, Hotchkiss R, Pederson W. Operative hand surgery. Cap 63: Tenosynovitis.
- Tanaka J. Percutaneous trigger finger release. *Tech Hand Up Extrem Surg* 1999; 3: 52-7.
- Akhtar S, Bradley MJ, Quinton DN, Burke FD. Management and referral for trigger finger/thumb. *BMJ* 2005; 331: 30-3.
- Moriya K. Comparison of surgical outcomes for trigger finger and thumb: preliminary results. *Hand Surgery* 2005; 10.1: 83-6.
- Thorpe AP. Results of surgery for trigger finger. *J Hand Surg* 1998; 13B: 199-201.
- Ryzewicz M, Wolf JM. Trigger digits: principles, management, and complications. *J Hand Surg* 2006; 31A: 135-46.
- Nakao Y, Horiuchi Y, Asida T, et al. Endoscopic release of flexor tendon in tenosynovitis. *Jpn Soc Hand Surg* 2006; 17: 283-6.