

COMPRESSIONE DEL NERVO ULNARE AL GOMITO

La compressione del nervo ulnare al gomito è una malattia causata dalla compressione, a livello del gomito, di uno dei nervi che, partendo dalla colonna cervicale, arrivano alla mano, il *nervo ulnare*. Tale nervo porta lo stimolo, a livello dell'avambraccio, a numerosi muscoli flessori del polso e delle dita e, a livello della mano, alla maggior parte dei muscoli intrinseci. Inoltre dà la sensibilità alla mano dal lato del 5° dito e in parte del 4°.

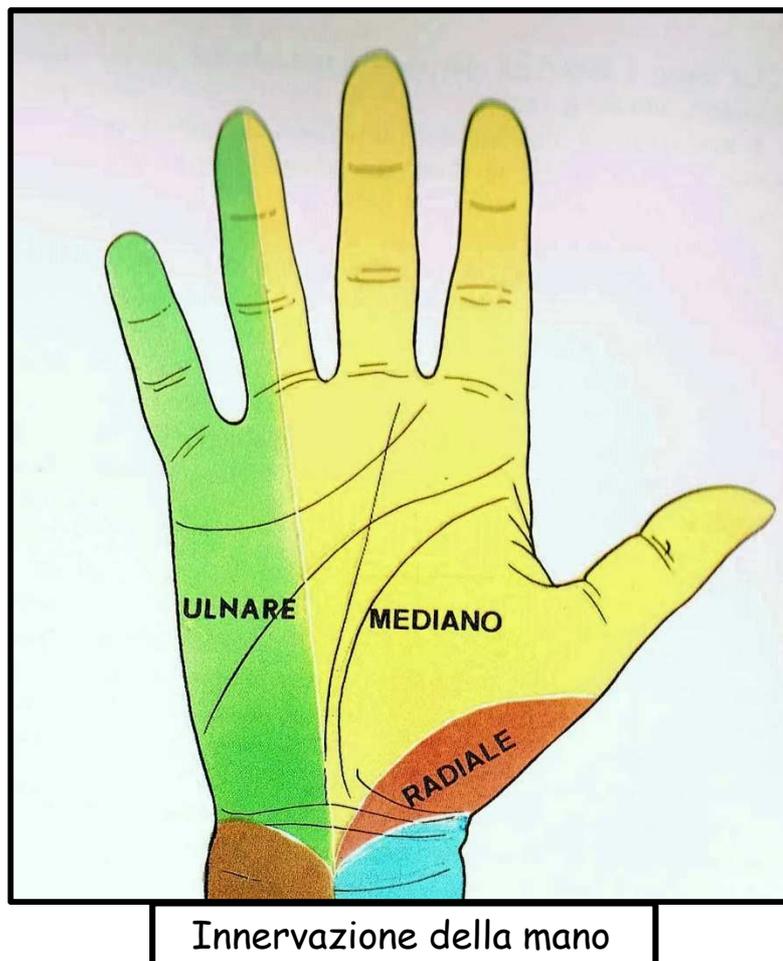
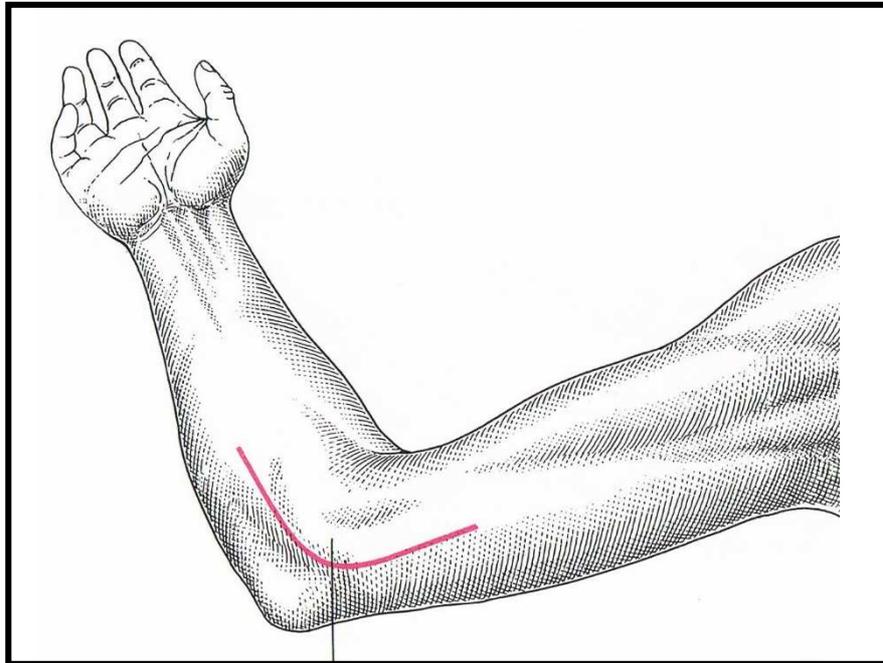


fig. 1, Bonola – Caroli – Celli, La mano, pag. 204, Piccin Editore, 1981

Un primo punto critico nel decorso di tale nervo si trova al gomito, dal lato interno: qui il nervo scorre attraverso alcune strutture, dove può rimanere compresso. Tali strutture sono il *tunnel cubitale*, un canale osteofibroso, di seguito un canale muscolofibroso, chiuso dall'*arcata di Osborne*, e infine il

canale muscolare del flessore ulnare del carpo. Nelle situazioni normali il nervo ulnare attraversa tali strutture senza problemi, in situazioni patologiche, invece, il nervo viene compresso durante il passaggio in tali canali.



Decorso normale del nervo ulnare al gomito

fig. 2, Tubiana - McCullough - Masquelet, Atlante delle vie chirurgiche d'accesso dell'arto superiore, pag. 188, Antonio Delfino Editore, 1992.

CAUSE DELLA MALATTIA

La compressione del nervo ulnare al gomito è determinata da un aumento della pressione all'interno del canale cubitale. Le cause di tale aumento di pressione sono varie:

- fattori occupazionali (30%)
- artrosi, instabilità del nervo, gangli, fattori anatomici (29%)
- fattori metabolici (20%)
- traumatismi delle parti molli (20%)
- fratture (1%)

Non sempre, però, è possibile determinare l'esatta causa della compressione. In assenza di una causa precisa, si parla di compressione di natura idiopatica.

CHI E' COLPITO DALLA COMPRESSIONE DEL NERVO ULNARE AL GOMITO

La malattia è più frequente nel sesso maschile. Può colpire in particolare i lavoratori manuali pesanti, gli sportivi in cui vi è un uso notevole e stressante dell'arto superiore, i soggetti con pregressi traumatismi al gomito, i pazienti con una massa corporea bassa.

SINTOMATOLOGIA

La sintomatologia iniziale è dovuta all'irritazione nevralgica con diminuzione della sensibilità al 4° e 5° dito della mano, durante il sonno e/o al risveglio, impaccio nell'uso prolungato della mano e difficoltà di mantenere a lungo posizioni che richiedano di tenere il gomito in flessione (telefonare, scrivere, guidare, suonare alcuni strumenti, ecc.). Le parestesie (formicolio) possono mantenersi a lungo, avere carattere intermittente e diventare infine permanenti. Il peggioramento della sintomatologia funzionale della mano e il dolore sono indici del passaggio della malattia ad una fase più grave. Nei casi più evoluti si arriva ad una vera atrofia muscolare con una diminuzione importante della forza e della sensibilità della mano. In tali casi diventa difficile svolgere il proprio lavoro e le abituali attività quotidiane.

DIAGNOSI DELLA MALATTIA

La storia clinica riferita dal paziente e la visita medica sono importanti nel porre l'ipotesi diagnostica di compressione del nervo ulnare al gomito. In particolare, un accurato esame clinico specialistico è determinante per fare una diagnosi esatta. Per confermare tale diagnosi è necessario eseguire un esame, l'*elettromiografia* (EMG), che consente di misurare l'attività elettrica del nervo ulnare e dei relativi muscoli. Nel caso di sindrome compressiva al gomito, il nervo è schiacciato e la sua attività

risulta alterata e diminuita. L'EMG serve anche per differenziare i dolori e i formicolii che prendono origine da una patologia della colonna cervicale o da altre malattie (ad esempio il diabete), piuttosto che da una compressione del nervo ulnare. L'esame è spesso fastidioso, di breve durata e assolutamente necessario per una corretta diagnosi della malattia. Viene eseguita una radiografia del gomito per escludere alterazioni ossee. Non sono di norma necessari altri esami (ecografia, TAC, risonanza magnetica), se non in casi particolari.

TRATTAMENTO DELLA COMPRESSIONE DEL NERVO ULNARE AL GOMITO

Nelle forme lievi è possibile un trattamento conservativo con tutori notturni (spesso fastidiosi da portare) e in qualche caso diurni, con un ciclo di fisioterapia (ultrasuoni, TENS, laserterapia), un eventuale trattamento infiltrativo con cortisonico (sconsigliato da molti specialisti), la somministrazione di integratori per il sistema nervoso periferico. Se tali cure non danno un risultato accettabile, è necessario prendere in considerazione una soluzione chirurgica per cercare di risolvere la compressione sul nervo.

INTERVENTO CHIRURGICO

Lo scopo dell'intervento chirurgico è quello di diminuire la compressione sul nervo ulnare, liberandolo a livello del segmento e delle strutture anatomiche di compressione. Vi sono fondamentalmente due tipi di intervento chirurgico.

DECOMPRESSIONE E NEUROLISI DEL NERVO

È la prima tecnica chirurgica, quella più semplice, che consiste nel liberare il nervo ulnare dalle compressioni presenti nel suo passaggio al gomito, lasciandolo alla fine nella sua sede originaria. L'intervento è riservato ai casi meno gravi, in assenza di traumi precedenti, con un buon scorrimento del nervo nella doccia epitrocleare, senza alterazioni di sorta nella zona. Bisogna essere certi che il nervo conservi il diritto di domicilio nella sua

sede. L'intervento può essere eseguito con la sola anestesia locale. La ripresa lavorativa può avvenire in 3 - 4 settimane. Tale intervento non sempre dà un risultato completamente positivo.

ANTEPOSIZIONE SOTTOCUTANEA

Ideata sin dal 1928, è una tecnica riservata a tutti gli altri casi. Dà (secondo varie statistiche) risultati migliori rispetto ad altre tecniche. Consiste nel liberare completamente il nervo dalla sua sede originaria e spostarlo, antependolo all'epicondilo mediale, in un nuovo letto anatomico integro e con una condizione più vantaggiosa per il nervo durante i movimenti del gomito. L'intervento, che dura 30-40', viene eseguito in anestesia di plesso (con una iniezione all'ascella) e in regime di ricovero.

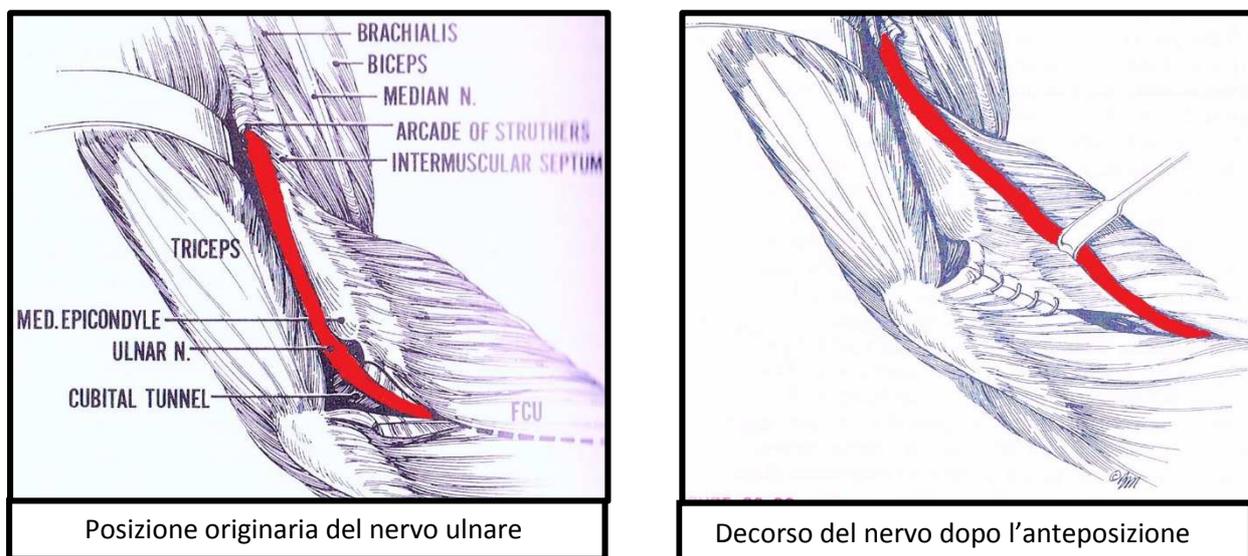


fig. 3, *Green's Operative Hand Surgery*, pag. 1028-29, Elsevier Churchill Livingstone, 2005.

DECORSO POSTOPERATORIO

Vi è una immobilizzazione completa del gomito per 7 gg. e parziale per altri 7 gg. La rimozione dei punti avviene entro due settimane. Poi il paziente recupera progressivamente la motilità del gomito, con una ripresa lavorativa in circa un mese. Di norma non è necessaria la fisioterapia. Il risultato dell'intervento in linea di massima dipende da vari fattori, soprattutto dalla gravità dell'elettromiografia e dall'età del paziente. Nei

casi con una EMG grave e in un soggetto di età avanzata il risultato potrebbe essere incompleto con il perdurare di alcuni sintomi o (sebbene raramente) addirittura nullo. In ogni caso è bene attendere almeno 12 mesi prima di considerare il risultato definitivo. La somministrazione di integratori per il sistema nervoso periferico è utile in tali situazioni. Va segnalato che il nervo ulnare, tra quelli dell'arto superiore, dà i risultati peggiori nel trattamento chirurgico.

dott. Paolo Tedesco