Sindrome del tunnel carpale: chirurgia tradizionale o endoscopica?

Data 27 luglio 2006
Categoria ortopedia

Il trattamento con metodica chirurgica endoscopica della sindrome del tunnel carpale potrebbe essere associato a minor dolore post-operatorio rispetto alla chirurgia tradizionale.

In questo RCT sono stati arruolati 128 pazienti (età 25-60 anni) con diagnosi clinica di sindrome del tunnel carpale confermata da esame elettromiografico. L'end-point primario dello studio era la gravità del dolore post-operatorio a livello della ferita chirurgica o al palmo della mano e il grado di limtazione delle attività. Tra gli end-point secondari misurati vi erano la durata del periodo di astensione dal lavoro dopo l'intervento, la severità dei sintomi della sindrome del tunnel carpale e la qualità di vita.
Il follow-up fu a 3 e 6 settimane e a 3 e 12 mesi.
Il dolore a livello della ferita o al palmo della mano fu meno frequente nel gruppo randomizzato a intervento endoscopico ma la differenza era piccola: a 3 mesi veniva riportato dal 52% del gruppo endoscopico e dall'82% del gruppo chirurgia a cielo aperto.
Anche l'intensità del dolore e la limitazione delle attività era minore nel gruppo endoscopico. Nessuna differenza tra i due gruppi venne riscontrata per gli altri end-point. In entrambi i gruppi l'astensione dal lavoro in media fu di 28 giorni.
Gli autori concludono che il trattamento con metodica endoscopica della sindrome del tunnel carpale è associato a minor dolore post-operatorio ma l'entità del beneficio è piccola e il rapporto costo/efficacia incerto dato che gli altri outcomes non differiscono rispetto alla chirurgia tradizionale.

Fonte:
Atroshi I et al. Outcomes of endoscopic surgery compared with open surgery for carpal tunnel syndrome among employed patients: randomised controlled trial. BMJ 2006 Jun 24; 332: 1473

Commento di Renato Rossi e Luca Puccetti

La sindrome del tunnel carpale può essere trattata con metodica decompressiva chirurgica o con terapia conservativa. Non vi e' consenso su quale trattamento sia piu' efficace.
Per esempio in uno studio randomizzato e controllato furono arruolati 176 pazienti con una STC diagnosticata clinicamente e confermata dall'elettromiografia. Furono esclusi pazienti con diabete, tireopatia, precedenti traumi del polso. I soggetti furono randomizzati a ricevere un trattamento conservativo (immobilizzazione del polso con stecca durante la notte per almeno 6 settimane) oppure a decompressione chirurgica del nervo. La chirurgia si dimostro' molto piu' efficace dell'immobilizzazione nel migliorare il quadro clinico: dopo 3 mesi erano migliorati l'80% del gruppo chirurgia e il 54% del gruppo immobilizzazione (differenza del 16% con IC95% 12-40%). Dopo 18 mesi rilsultavano migliorati il 90% del gruppo chirurgia e il 75% del gruppo immobilizzazione (differenza 15% IC95% 3-27%). Tuttavia bisogna notare che al 18° mese, a causa del persistere dei disturbi, ben il 41% dei pazienti che erano stati originariamente inseriti nel gruppo immobilizzazione erano stati operati. Quindi l'immobilizzazione potrebbe essere una buona scelta nelle forme lievi e iniziali ma inefficace nelle forme piu' avanzate o che durano da piu' mesi. In questi casi la chirurgia diviene la scelta di elezione.
In un altro studio gli autori hanno paragonato intervento chirurgico a infiltrazioni locali di steroidi. Furono trattati 101 pazienti per un totale di 163 polsi. Dopo un follow-up di 3 mesi mostravano un miglioramento della sintomatologia il 94% dei polsi infiltrati e il 75% dei polsi operati (P= 0.001). A sei mesi la percentuale risultò rispettivamente 85.5% vs 76.3% (P=0.16) e a 12 mesi 69.9% vs 75% (P=0.49).
Secondo questi risultati perciò nel breve termine l'infiltrazione locale di steroidi dà risultati migliori dell'intervento chirurgico mentre a 6 e 12 mesi non c'è differenza tra le due metodiche. Tuttavia bisogna notare che lo studio era in aperto (per ovvi motivi), che il numero di pazienti arruolati è appena un centinaio e soprattutto che il follow-up si è limitato ad un anno per cui non è noto se il trend mostrato dall'intervento chirurgico (migliori risultati a lungo piuttosto che a breve termine) non diventi più evidente per periodi più prolungati. Se così fosse vorrebbe dire che l'infiltrazione di steroidi comporta benefici immediati che però si perdono col tempo mentre l'intervento chirurgico comporta risultati migliori long-term. Inoltre è stato obiettato che i casi arruolati erano di gravità lieve-media perchè nelle forme gravi l'intervento si impone per il pericolo di paralisi e deficit neurologici anche permanenti (rari).
Una revisione sistematica dei trattamenti non chirurgici della STC suggerisce che gli steroidi (infiltrati ma anche somministrati per via orale) possono dare un sollievo temporaneo alla sintomatologia del paziente e che la risoluzione spontanea è frequente: quasi il 50% dei soggetti trattati con placebo migliora. Tuttavia mancano dati a lungo termine: nei pochi studi che hanno esaminato cosa succede nel lungo periodo si è visto che circa la metà dei pazienti si sottopone all'intervento entro un anno dall'arruolamento.
In ogni caso se si rende necessario l'intervento chirurgico è preferibile quello tradizionale a cielo aperto oppure quello con metodica endoscopica? Lo studio recensito in questa pillola e altri precedenti suggeriscono che non vi sono difffrenze fondamentali tra le due scelte. Un editorialista pone l'accento soprattutto sul fatto che mancano criteri standardizzati per la diagnosi di sindrome del tunnel carpale, che dovrebbe derivare dalla integrazione dei dati clinici

con quelli di laboratorio, e questo probabilmente spiega in parte i differenti risultati dei vari studi.
Quali sono le implicazioni per il medico pratico? Nelle forme di gravità lieve-moderata e senza deficit motori, oppure in coloro che, per età o per scelta personale, non possono o non vogliono sottoporsi all'intervento, si può ricorrere all' infiltrazione locale di steroidi, con un ciclo al massimo di 3 iniezioni da ripetere non prima di 12 mesi. L'immobilizzazione appare invece una opzione poco praticabile. Nei casi più impegnativi o con interessamento motorio o con frequenti recidive si impone l'intervento; sugli esiti a lungo termine probabilmente importa poco la tecnica scelta dal chirurgo, se tradizionale o endoscopica.

Bibliografia

1. JAMA 2002 Sept 11; 288: 1245-1251
2. Arthritis Rheumat. 2005;52:612-619
3. Goodyear-Smith F et al. What can family physicians offer patients with carpal tunnel syndrome other than surgery? A systematic review of nonsurgical management. Ann Fam Med May-June 2004;2:267-73
4. Brown RA et al. Carpal tunnel release. A prospective, randomized assessment of open and endoscopic methods. J Bone Joint Surg Am 1993;75: 1265-75
5. Macdermid JC et al. Endoscopic versus open carpal tunnel release: a randomized trial. J Hand Surg 2003;28: 475-80
6. Saw NL et al. Early outcome and cost-effectiveness of endoscopic versus open carpal tunnel release: a randomized prospective trial. J Hand Surg 2003;28: 444-9.