

**Rottura sottocutanea bilaterale
da tecnopatia del tendine
estensore lungo del pollice**

F. LEONARDI - P. MASSETTI - G. F. PEROTTI

U.S.S.L. n. 61 - Savigliano (Cuneo)

Ospedale « SS. Annunziata »

Divisione di Ortopedia e Traumatologia

(Primario: Prof. G. Massè)

Estratto da **MINERVA ORTOPEDICA**

EDIZIONI MINERVA MEDICA - 1983

Rottura sottocutanea bilaterale da tecnopatia del tendine estensore lungo del pollice

F. LEONARDI - P. MASSETTI - G. F. PEROTTI

U.S.S.L. n. 61 - Savigliano (Cuneo)
Ospedale « SS. Annunziata »
Divisione di Ortopedia e Traumatologia
(Primario: Prof. G. Massè)

RIASSUNTO. — La particolarità del caso presentato risiede, a giudizio degli Autori, sia nella rarità della patologia dovuta alla scomparsa pressoché totale di numerose categorie di lavoratori dediti in modo continuativo ad attività manuali (carpentieri, boscaioli, suonatori di tamburo) sia nella inusuale incidenza nel mungitore.

PAROLE CHIAVE. — Tendinopatia - Tecnopatia.

Premessa

La rottura sottocutanea del tendine estensore lungo del pollice è stata descritta nel secolo scorso in Germania quale malattia professionale dei suonatori di tamburo.

Il decorso anatomico piuttosto sinuoso del tendine (rilievo mediale della tabacchiera anatomica) lo rende particolarmente esposto all'azione lesiva di microtraumi ripetuti.

La lesione è generalmente localizzata a livello del tubercolo di Lister dove il tendine scorre in uno stretto canale osteofibroso o appena distalmente il legamento anulare dorsale nella zona in cui l'estensore lungo interseca i tendini degli estensori radiali del carpo e comunque proprio dove l'angolazione e l'attrito risultano maggiori (fig. 1).

La mano, durante l'azione della mungitura viene chiusa a pugno con il pollice posto nel palmo, con metacarpo e interfalangea flesse quasi ad angolo retto e con il metacarpo mantenuto in posizione intermedia.

Il capezzolo della mammella viene serrato con movimento ritmico tra falange ungueale del pollice usata a mo' di respingente e le altre dita.

L'azione si estrinseca attraverso i movimenti di flessione delle dita, la contrazione isometrica simultanea del muscolo estensore lungo del pollice che si oppone all'iperflessione dell'interfalangea e dei due estensori

radiali che fissando energicamente il carpo antagonizzano l'abduzione ulnare dei flessori e consentono, equilibrando la posizione della mano, la flessione pura delle dita (Chiarugi).

Durante tale fase, come si può agevolmente notare mimando il movimento, si creano notevoli forze di attrito nel punto in cui i tendini degli estensori radiali del carpo incrociano, passandone al di sotto, quello dello estensore lungo del pollice.

La tendinopatia è dunque a nostro avviso strettamente correlata al tipo di attività professionale e causata da stress meccanici continui agenti su una configurazione anatomica regionale particolarmente predisposta.

Caso clinico

Paziente di 69 anni, di sesso maschile, in buone condizioni generali di salute, agricoltore, con principale attività lavorativa di mungitore. Si presenta per comparsa di dolenzia alla base del pollice destro insorta un mese prima lavorando e per l'impossibilità di estendere attivamente la falange ungueale del pollice.

Riferisce episodio analogo controlateralmente 5 anni prima, in assenza di precedenti traumi in tale sede.

Obiettivamente si rileva atteggiamento bilaterale in flessione completa della metacarpo e della interfalangea del pollice e deficit totale dell'estensione attiva della falange ungueale (fig. 2).

Scomparso è il rilievo mediale della tabacchiera anatomica.

Comunicazione 73° Congresso SPLLOT (Genova, 16-17 aprile 1983).

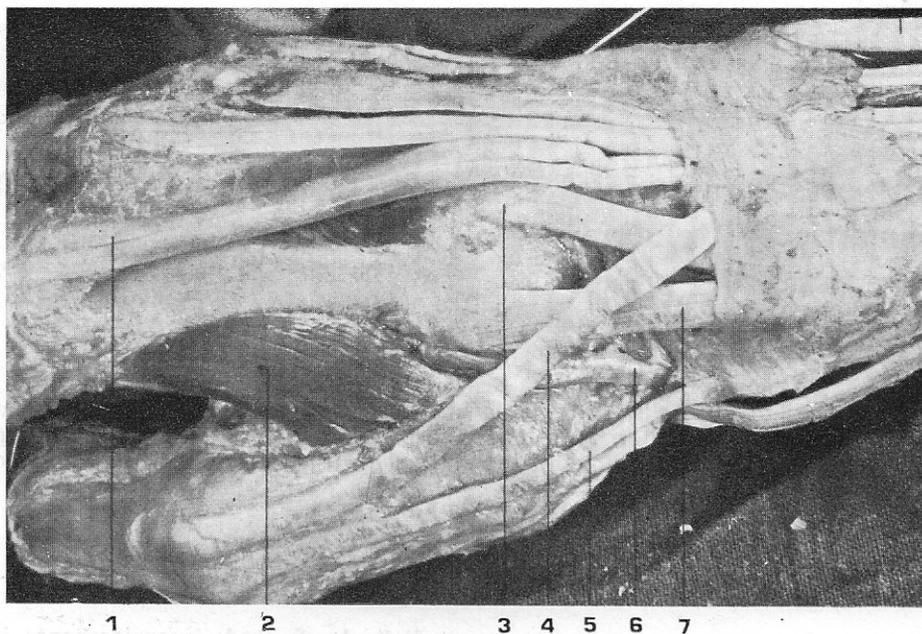


Fig. 1. — 1) Tendine del muscolo estensore proprio dell'indice. 2) Muscolo 1° interosseo dorsale. 3) Tendine del muscolo estensore radiale breve del carpo. 4) Tendine del muscolo estensore lungo del pollice. 5) Tendine del muscolo estensore breve del pollice. 6) Arteria radiale. 7) Tendine del muscolo estensore radiale lungo del carpo. (Modificato da Fumagalli et al.).

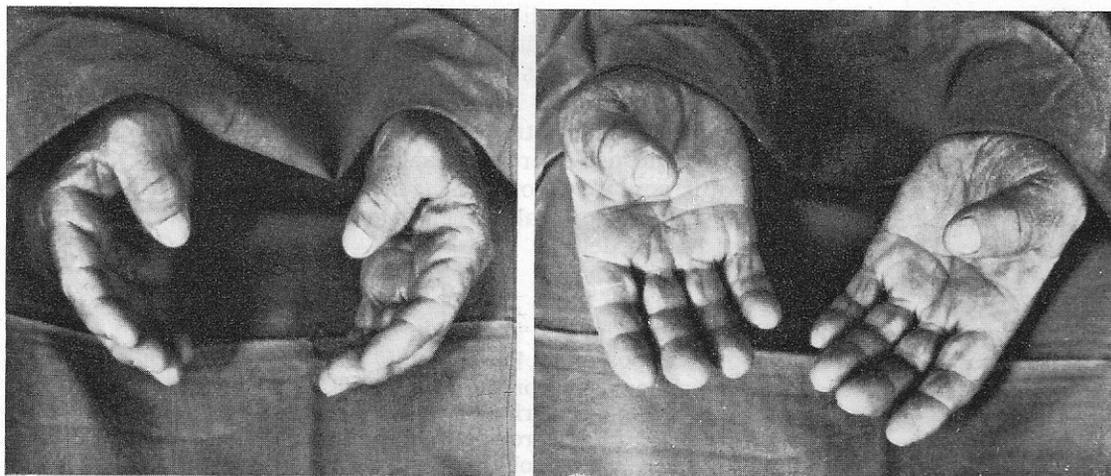


Fig. 2.

Il segno di Smith è nettamente positivo sia per l'impossibilità di sollevare il pollice dal piano della tavola sia perché durante il tentativo non si disegna il rilievo sottocutaneo del tendine dell'estensore lungo del pollice.

Dolore presso-palporio si risveglia a destra a livello della tabacchiera anatomica. Passivamente è possibile estendere per 1/3 dell'escur-

sione articolare fisiologica la metacarpo-falangea.

L'esame radiografico evidenzia una sub-lussazione di quest'ultima. Gli esami di laboratorio mirati a svelare una eventuale componente reumatoide risultano negativi. La routine è nella norma.

Posta diagnosi di rottura sottocutanea del

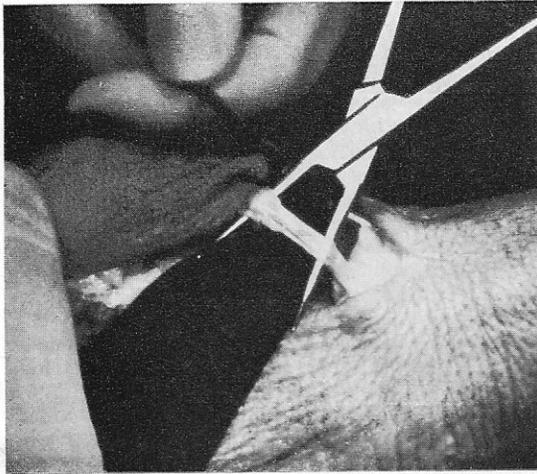


Fig. 3.

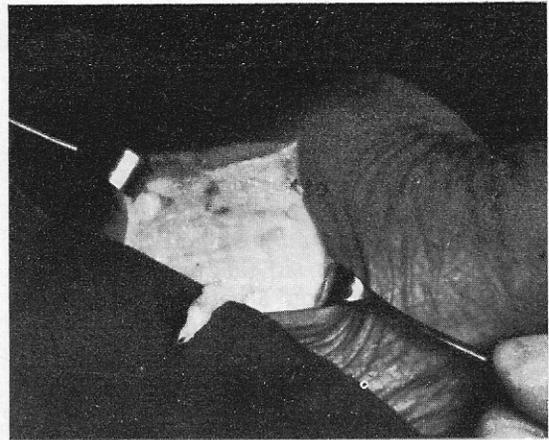


Fig. 4.

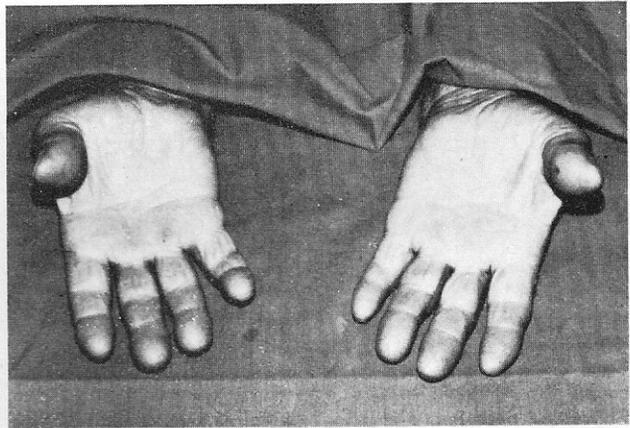
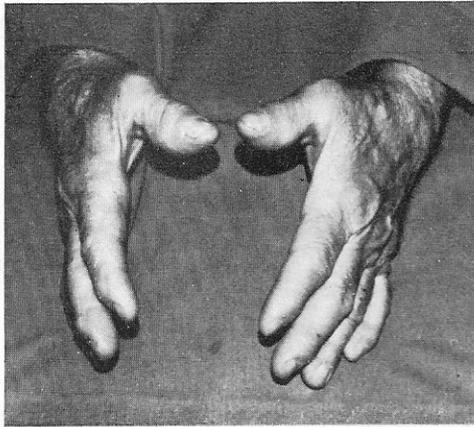


Fig. 5.

tendine dell'estensore lungo e dato l'evidente danno funzionale (perdita della pinza) si decide per l'intervento chirurgico. Il programma è di trasporre il tendine dell'indicatore di Riolo pro estensore lungo secondo la tecnica di Bunnell. A campo esangue mediante un accesso dorsale si reperta e si isola il tendine a livello della radio-scafoidea.

A sinistra (fig. 3) appare rotto e cicatrizzato in allungamento per un tratto di circa 3 cm e ciò in accordo con quanto rilevato anamnesticamente. Si osservano inoltre estese aderenze cicatriziali dei capi tendinei con i tessuti circostanti. A destra invece la lesione è di esordio più recente. Il tendine è tuttavia malacico per un tratto di circa 1 cm (fig. 4).

Non essendo possibile, come previsto, né auspicabile la sutura primaria, si procede secondo la tecnica mobilizzando l'estensore proprio dell'indice, trasponendolo e suturandolo al capo distale dell'estensore lungo del pollice.

A distanza di 6 mesi il risultato è soddisfacente (fig. 5). La motilità in estensione è consentita per 1/3 a causa delle preesistenti retrazioni dei flessori e dell'apparato capsulo-legamentoso palmare.

La soddisfazione maggiore per noi ed il paziente si è comunque espressa in una calorosa stretta di mano, gesto che per il mungitore era evidentemente divenuto, per forza di cose, inusuale.

Conclusione

L'evenienza di una rottura da fatica del tendine estensore lungo del pollice è ormai rara per le cause che abbiamo già riferite. Tale patologia va comunque tenuta presente sia per gli eventuali risvolti medico-legali in tema di malattie professionali sia quale causa di atteggiamento viziato in flessione del pol-

lice ed in tal caso la diagnosi differenziale va posta con la tenovaginite stenotante più comunemente conosciuta come pollice a scatto.

Circa la concomitanza sub-clinica e sierologicamente negativa di forme reumatoidi quale momento favorente non ci sentiamo di escluderne a priori la possibilità pur essendo a nostro avviso nel caso in questione fattore determinante e di per sé sufficiente lo stress meccanico selettivo sul tendine. La bilateralità dell'affezione non è casuale ma dovuta al particolare tipo di attività che impegna generalmente tutte due le mani.

BIBLIOGRAFIA

- Boni V.: « La riparazione delle lesioni dei tendini estensori del pollice ». Atti VII Simposio della Società Italiana di Chirurgia della Mano, Firenze, 9 giugno 1966.
- Broggi S., Solini A.: « Strappamento spontaneo dei tendini ». *Min. Ortop.*, 30, 1061, 1979.
- Chiarugi G., Bucciante L.: « Istituzioni di anatomia dell'uovo ». Ed. Vallardi, Milano, 2, 1, 240, 1969.
- Duplay M.: « Rupture sous-cutanée du tendon du long extenseur du pouce de la main droite, au niveau de la tabatière anatomique ». *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 2, 788, 1876.
- Fumagalli Z., Marinozzi G., Nesci A., Santoro A.: « Atlante fotografico a colori di anatomia macroscopica dell'uomo ». Ed. Vallardi, Milano, 3, 351, 1974.
- Gui L.: « Fratture e lussazioni ». Aulo Gaggi Ed., Bologna, vol. 3, pag. 480.
- Pattarin L.: « La rottura spontanea del tendine lungo estensore del pollice ». *Arch. Ortop.*, 69, 199, 1956.
- Parenti F.: « La rottura sottocutanea del tendine dell'estensore lungo del pollice ». *Riv. Inf. Mal. Prof.*, 54, 230, 1967.
- Smith F. M.: « Late rupture of extensor pollicis longus tendon following Colles' fracture ». *J. Bone Joint Surg.*, 28, 49, 1946.

[Indirizzo degli Autori:

F. Leonardi - P. Masetti - G. F. Perotti
Divisione di Ortopedia-Traumatologia
Osp. « SS. Annunziata » - Savigliano (CN)]

