

# Dito a scatto: cause e trattamenti

Il disturbo è causato dal restringimento della guaina sinoviale che determina una tenosinovite. Tra le opzioni terapeutiche, quali riposo, fisioterapia, Fans, e prima dell'intervento chirurgico, le infiltrazioni locali sono un'alternativa efficace, soprattutto nelle forme di media gravità

## Lucia Pagano

Medicina Fisica e Riabilitazione  
Università La Sapienza di Roma

## Maria Chiara Vulpiani

Responsabile U.O.S  
Medicina Fisica e Riabilitativa  
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea  
Università La Sapienza di Roma

## Donatella Trischitta

Cattedra di Ortopedia e Traumatologia  
Il Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Università La Sapienza di Roma  
Servizio di Fisiatria

## Mario Vetrano

Fisiatra-Azienda Ospedaliera Sant'Andrea  
Università La Sapienza di Roma

## Alberto Orologi

Medicina Generale ASL RM F

Il dito a scatto, detto anche tenosinovite stenosante, o morbo di Notta, dal nome di colui che per primo, nel 1850, descrisse tale patologia, è un disturbo in cui una delle dita delle mani rimane in posizione piegata, per poi raddrizzarsi con un brusco scatto (come se venisse tirato e rilasciato un grilletto, "trigger finger"). La malattia è causata dal restringimento della guaina sinoviale che circonda il tendine del dito colpito. Il disturbo è spesso doloroso e, in condizioni particolarmente gravi, può determinare un vero e proprio blocco funzionale della sede colpita.

Il dito a scatto insorge più comunemente nella mano dominante e nella maggior parte dei casi colpisce il pollice, il medio o l'anulare. La patologia può colpire più dita contemporaneamente e coinvolgere entrambe le mani. La patologia può essere presente anche nel bambino dalla nascita ed in questi casi si parla di dito a scatto congenito. Il trattamento terapeutico varia in relazione alla gravità ed alla durata del disturbo.

## ► Cause e sintomi

Le cause del dito a scatto non sono state ancora del tutto chiarite; esistono però diversi fattori di rischio. Tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di questa patologia, oltre che l'artrite reumatoide, vi sono il diabete mellito, l'ipotiroidismo, la rizoartrosi, specie in soggetti che compiono movimenti di presa ripetuti. Molto frequentemente, infatti, la tenosinovi-

te stenosante viene osservata in tutti quei soggetti che, per lavoro o per hobby, fanno un uso particolarmente intenso della mano (per esempio un uso frequente e continuativo di utensili o strumenti quali forbici, cesoie); ciò, in alcuni casi, provoca a lungo andare un'infiammazione della guaina tendinea. Circa il sesso e l'età si è rilevata una maggiore incidenza della patologia in donne ed anziani.

L'infiammazione aumenta il volume del tendine (tenosinovite), rendendo difficoltoso il passaggio attraverso la puleggia (le guaine fibrose canaliformi che avvolgono in vari punti il tendine flessore del dito, mantenendolo accollato all'osso). Il perdurare della confricazione del tendine con la puleggia contribuisce ad alimentare l'infiammazione con conseguente dolore e, causando un ispessimento della puleggia stessa, provoca un impedimento allo scorrimento del tendine. Quando si cerca di estendere il dito, il tendine rimane bloccato all'ingresso della puleggia; aumentando la forza necessaria per completare il movimento, il tendine riesce a superare l'ostacolo provocando lo scatto che il paziente avverte (figure 1 e 2).

La stadiazione della malattia viene fatta secondo la classificazione di Green (utile clinicamente, ma soprattutto nell'ottica della scelta terapeutica), che prevede quattro stadi, da I a IV.

Nello stadio I, il soggetto lamenta dolore, edema e difficoltà a eseguire i movimenti attivi di flessione-estensione, ma non si registra un

vero e proprio scatto del dito coinvolto. Nel II e III stadio, fasi subacute della malattia, si ha la comparsa, soprattutto al mattino, del blocco in flessione che però il soggetto può correggere attivamente (stadio II) oppure passivamente aiutandosi con l'altra mano (stadio III); nella fase cronica della patologia, il blocco in flessione non è più correggibile (stadio IV).

### ► Diagnosi

La diagnosi di dito a scatto è semplice ed essenzialmente clinica, basandosi sull'evidenza dello scatto e sul riscontro, alla palpazione dell'articolazione metacarpo-falangea, di una formazione nodulare che scorre avanti e indietro in sincronia con la flessione-estensione del dito interessato dal problema. Può risultare comunque di una certa utilità l'esecuzione di un'ecografia allo scopo di verificare il grado di infiammazione dei tendini flessori. Richieste di altri esami diagnostici sono decisamente rare e riferibili a casi decisamente particolari. Per esempio, la risonanza magnetica può essere utile solo nei casi dubbi per una diagnosi differenziale. Molto raramente, per effettuare la visita, può essere necessaria l'iniezione di un anestetico locale.

### ► Terapia

Il primo approccio consiste nel tenere a riposo il dito, per esempio con l'aiuto di un tutore apposito che mantenga il dito colpito in posizione estesa, per un tempo massimo di sei settimane, e a seguire un ciclo di ultrasuoni e laserterapia per ridurre l'infiammazione. Il medico potrà prescrivere per qualche giorno anche Fans o cortisonici da assumere

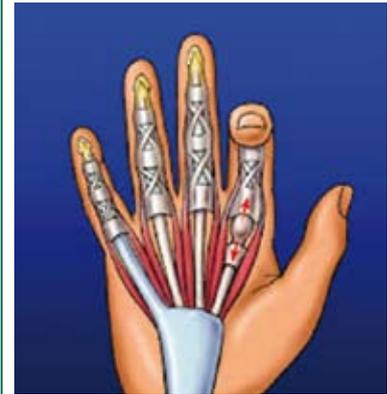
Figura 1

#### Tipico quadro clinico di dito a scatto



Figura 2

#### Meccanismo eziopatogenetico del dito a scatto



per via orale. Il medico può anche suggerire di svolgere esercizi delicati che aiutino a mantenere la mobilità articolare del dito coinvolto.

Nei casi di dito a scatto di media gravità si può tentare il ricorso a infiltrazioni locali di corticosteroidi associate a somministrazioni orali di farmaci antinfiammatori. La terapia cortisonica risulta più efficace se effettuata precocemente dopo la comparsa della sintomatologia. L'infiltrazione è spesso dolorosa nelle prime 24-48 ore ma spesso risolve il problema dello scatto. Si consigliano cicli al massimo di 2-3 infiltrazioni. La terapia locale con infiltrazione comporta dei rischi connessi ai possibili danni al tendine (rottura patologica), e non assicura la risoluzione completa della malattia. Nei soggetti affetti da patologie quali il diabete e l'artrite reumatoide, l'efficacia della somministrazione di cortisonici può risultare ridotta.

Qualora l'infiltrazione cortisonica risultasse vana si può tentare l'esecuzione di due infiltrazioni di acido ialuronico. L'acido ialuronico è il principale glicosamminoglicano della sostanza fondamentale del

tessuto connettivo. Permette l'immediato ripristino della viscosità del fluido sinoviale, il mantenimento delle proprietà viscoelastiche per 5-7 giorni dopo l'iniezione. Si iniettano 2 cc di farmaco, usando un ago da insulina. Dal punto di vista tecnico, per essere sicuri di essere sul punto giusto da infiltrare e sul tendine è sufficiente pungere il tendine flessore con l'ago, dopo far muovere il dito, e se l'ago si muove con il movimento del dito, questo ci indica che siamo sul tendine. A questo punto basta retrarre l'ago di qualche millimetro e quindi infiltrare con molta delicatezza.

Se i tentativi conservativi risultano vani lo step successivo prevede l'approccio chirurgico, con la puleggiotomia. Si esegue un'incisione alla base del dito in corrispondenza della guaina, che viene aperta e allargata. L'intervento viene eseguito in day-surgery e i punti di sutura (solitamente tre) si tolgono dopo 15 giorni. L'intervento è sconsigliato in presenza di diabete o di artrite reumatoide (in questi casi ci sarebbe alto rischio di recidiva). Subito dopo l'intervento, il paziente è sollecitato

a muovere e ad estendere le dita. Generalmente il recupero è graduale e si completa nell'arco di 3 settimane. Nella maggior parte dei casi la fisioterapia non è necessaria e il recupero dell'uso della mano è veloce; qualora una riabilitazione venisse ritenuta necessaria, gli esercizi vengono effettuati la settimana successiva all'intervento.

#### ► Complicanze post-operatorie

Le rare complicanze che possono insorgere, a seguito del trattamento del dito a scatto, includono:

- rottura del tendine;
- infezioni, spesso trattabili con antibiotici;
- rigidità del dito, spesso determinata dall'eccessiva cautela nel

compiere movimenti nella fase post-operatoria;

- recidive, in casi eccezionali, anche a distanza di anni.

#### ► Conclusioni

Dal punto di vista clinico, il dito a scatto può presentarsi in modo differente a seconda dello stadio evolutivo del disturbo e molte opzioni terapeutiche consentono il recupero funzionale della mano.

Il paziente ed il medico di Medicina Generale per primi devono saper cogliere i segni clinici del dito a scatto, ma soprattutto devono cercare di prevenire la progressione della malattia attraverso il ricorso al fisiatra o se necessario al chirurgo della mano.

#### Bibliografia

- Bodor M, Flossman T. Ultrasound-guided first annular pulley injection for trigger finger. *J Ultrasound Med.* 2009 Jun; 28 (6): 737.
- Catalano LW 3rd, et al. Effect of local corticosteroid injection of the hand and wrist on blood glucose in patients with diabetes mellitus. *Orthopedics* 2012; 35: e1754.
- Farnebo S, Chang J. Practical management of tendon disorders in the hand. *Plast Reconstr Surg* 2013; 132: 841e.
- Henton J, et al. Adult trigger finger. *BMJ* 2012; 345.
- Shah AS, Bae DS. Management of pediatric trigger thumb and trigger finger. *J Am Acad Orthop Surg* 2012; 20: 206.
- Stanley JK, Nadkarni JB. Stenosing tenosynovitis and trigger digit. Ed. *Scientifiques et Médicales Elsevier SAS (Paris). Surgical Techniques in Orthopaedics and Traumatology*, 55-320-E-10, 2000.
- Tordjman D, et al. Trigger finger. *Rev Prat* 2013; 63: 1268.
- Valdes K. A retrospective review to determine the long-term efficacy of orthotic devices for trigger finger. *J Hand Ther* 2012; 25: 89, quiz 96.



# M.D. web tv ONCOLOGY

[www.md-oncology.tv](http://www.md-oncology.tv)

All'interno del canale è possibile trovare:



**Area clinica**, videointerviste con Opinion Leader di approfondimento sulle novità dal mondo della clinica e della ricerca, raccolte in 15 aree tematiche secondo la classificazione ESMO



**Notiziario** di aggiornamento sulle principali novità scientifiche



**Speciale Congressi**, videointerviste dai principali eventi nazionali e internazionali



**Professione Oncologo**, tutto quanto coinvolge il medico oltre la clinica: normative, legislazione, organizzazione, etica, deontologia...

