

Degetul in resort (trigger finger)

Dr. Andreea Romila, medic specialist recuperare medicala

Degetul “in resort” apare atunci cand, in timpul miscarii de flexie-extensie, degetul ramane blocat in flexie si/sau miscarea de revenire in extensie este foarte dureroasa. Acest lucru se datoreaza unui proces inflamator localizat la nivelul tecii tendonului flexor, care nu mai permite alunecarea acestuia inainte si inapoi, si care se localizeaza in dreptul capului osului metacarpian adiacent. Cel mai frecvent sunt afectate degetele inelar, mijlociu si policele de la mana dominanta. Majoritatea pacientilor sunt femei de varsta mijlocie. Frecvent, “trigger finger” se asociaza cu diabetul zaharat si cu poliartrita reumatoida. Nu se cunoaste cu exactitate mecanismul de aparitie, insa multe studii au aratat o legatura cu microtraumatismele locale repetate.

Care sunt simptomele? De regula pacientii acuza durere la nivelul articulatiei interfalangiene proximale, desi localizarea anatomica propriu-zisa a procesului inflamator este in dreptul articulatiei metacarpofalangiene. Unii pacienti mai acuza si edem si rigiditate (redoare) la nivelul degetelor, in special dimineata. Caracteristic, degetul afectat ramane blocat in flexie sau in extensie, iar pentru depasirea acestui obstacol este necesara o forta voluntara mai mare sau o miscare pasiva realizata cu cealalta mana. Pacientii cu diabet sau poliartrita reumatoida prezinta afectarea concomitenta a mai multor degete.

La examenul clinic, medicul localizeaza la palpare un nodul dureros in palma, in dreptul articulatiei metacarpofalangiene afectate. Uneori se aude un zgomot in timp ce tendonul inflammat trece prin teaca ingustata in timpul miscarii de flexie-extensie a degetului. Extensia pasiva a articulatiilor interfalangiene proximale si distale, in timp ce articulatia metacarpofalangiana ramane in flexie, poate fi facuta liber si fara durere. Daca problema se cronicizeaza, pot sa apara contracturi in flexie ale articulatiilor interfalangiene. Din punct de vedere functional, sunt ingreunate multe activitati din viata de zi cu zi care presupun apucarea obiectelor si manipularea de finete a lor (folosirea tastaturii, incheierea nasturilor, condusul masinii, scrisul, si altele).

Ce putem sa facem?

- Scopul tratamentului este sa restabilim alunecarea normala a tendonului prin teaca, sa refacem functionalitatea normala a mainii in timp ce controlam durerea si inflamatia
- Infiltratia locala cu AIS este eficienta de cele mai multe ori si se recomanda atunci cand simptomele sunt severe sau cand pacientul nu isi mai poate practica meseria datorita durerii si a limitarii functionale
 - se realizeaza maxim trei infiltratii in acelasi loc, la distanta de o saptamana intre ele
 - daca sunt mai multe degete afectate (ca in diabetul zaharat sau in poliartrita reumatoida), procedura nu este la fel de eficienta ca atunci cand localizarea este unica

-eficienta procedurii scade si atunci cand evolutia bolii a depasit 4 luni

-imediat dupa infiltratie, aplicati gheata in palma timp de 5-10 minute, iar in urmatoarele zile, de 2-3 ori pe zi timp de 15-20 de minute

-puteti purta o orteza cateva zile post procedura

-daca apare durere la nivelul locului de injectare, nu este cazul sa va ingrijorati decat daca aceasta persista mai mult de 24-48 de ore

-evitati pe cat posibil sa folositi mana respectiva timp de o saptamana dupa infiltratie

- Electroterapia si laserterapia sunt eficiente mai ales in fazele incipiente si moderate ale bolii, pentru ca reduc inflamatia si durerea, si pot chiar restabili astfel functionalitatea normala a mainii
- Se poate folosi o orteza care fixeaza articulatia metacarpofalagiana in flexie de 10-15 grade, timp de maxim 2 saptamani; eficienta acestei metode nu este la fel pentru toate degetele (pentru police mai putin)
- De asemenea, o orteza pentru articulatia interfalagiana distala este utila pentru pacientii care nu isi pot intrerupe munca, desi aceasta reprezinta cauza de aparitie sau agravare a conditiei
- Ortezele personalizate sunt mai indicate decat cele prefabricate, mai ales daca pacientul continua sa lucreze si solicita mana destul de mult
- Gheata aplicata local, 20 de minute, de 2-3 ori pe zi (daca nu exista contraindicatii – de exemplu anumite patologii vasculare)
- Tratament medicamentos cu AINS prescris de medic pe o perioada limitata de timp
- Aplicarea de AINS local (gel, crema) de doua ori pe zi timp de doua saptamani
- Repaus relativ (evitarea activitatilor care exacerbeaza simptomele), daca este posibil
- Purtarea unor manusi cu pernite in dreptul articulatiilor metacarpofalagiene, pentru a evita microtraumatismele directe repetate, acolo unde este cazul
- Hidrotermoterapia cu apa sarata– alternanta cald/rece, ajuta la scaderea inflamatiei
- Un program de kinetoterapie adaptat este necesar atunci cand exista o scadere a fortei musculare la nivelul mainii sau/si a amplitudinii de miscare la nivelul articulatiilor implicate, cu deficit functional, datorita utilizarii indelungate a ortezei, a repausului prelungit, sau postoperator
- Daca toate metodele prezentate mai sus nu au dat rezultate satisfacatoare, se recomanda interventia chirurgicala; aceasta are de cele mai multe ori rezultate bune si o rata mica de complicatii