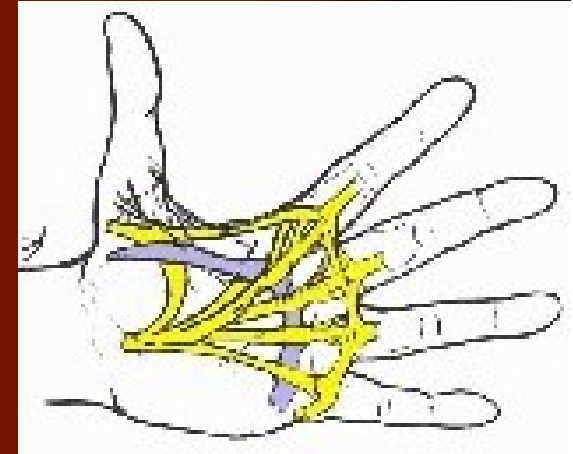


MORBO DI DUPUYTREN

- Descritta agli inizi dell'800 consiste nella progressiva retrazione dell'*aponeurosi palmare*, il tessuto fibroso situato tra la pelle del palmo della mano e i tendini flessori (quello in giallo nella figura).
- Si instaura progressivamente e colpisce sovente le due mani, estendendosi prevalentemente alle dita anulare e mignolo.
- Inizialmente piccoli noduli duri sollevano la pelle del palmo, successivamente questi noduli formano delle catene discontinue che si fondono in corde dure, la retrazione progressiva delle quali induce la flessione delle dita. I tendini sono intatti.
- Questa evoluzione è molto lenta, di mesi o anni. La malattia ha spesso un andamento intermittente, ma non c'è miglioramento spontaneo.
- Si riscontrano casi all'interno di una stessa famiglia e colpisce prevalentemente gli uomini intorno ai 50 anni.
- Nelle donne si manifesta meno frequentemente e più tardi.



TRATTAMENTO RIABILITATIVO DEL MORBO DI DUPUYTREN OPERATO

Premessa

Di solito, l'intervento chirurgico consiste nella asportazione della fascia palmare aponeurotica, con sutura diretta della incisione a zig zag.

- Il trattamento riabilitativo deve essere precoce, rispettare il processo di cicatrizzazione contrastando la ipergranulazione, la tensione sulla ferita e l'edema della mano.
- Il trattamento non deve essere mai offensivo o doloroso e necessita di un dialogo tra terapeuta e chirurgo allo scopo di personalizzare il trattamento.
- Fino al 15° giorno, il trattamento necessita di cautela per evitare fenomeni infiammatori, cedimento della sutura o una distrofia riflessa della mano.

I tre cardini sono :

- Rieducazione attiva in flessione
- Mobilizzazione passiva in estensione
- Prevenzione dell'edema

TRATTAMENTO RIABILITATIVO DEL MORBO DI DUPUYTREN OPERATO

- evitare la posizione declive della mano con il gomito flesso a 90°.
 - da subito va stimolata la mobilizzazione attiva delle dita.
- Gli esercizi vanno preceduti da 6-10 minuti di massaggio, con movimenti circolari, non dolorosi, nella zona della cicatrice.
- La mobilizzazione attiva in flessione e passiva in estensione deve essere eseguita selettivamente su tutte le articolazioni digitali, raggiungendo sempre la completa escursione articolare, anche con mobilizzazioni bloccate .

Questi esercizi vanno auto-eseguiti dal paziente a domicilio più volte al dì ,con esercizi di opposizione del pollice con le altre dita, di abduzione e adduzione al fine di far ritrovare alle dita il loro posto nello schema funzionale.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO DEL MORBO DI DUPUYTREN OPERATO

- Dopo la 15° giornata la ferita è cicatrizzata. Si può iniziare con esercizi contro-resistenza, oltre a forzare l'estensione.
 - E' indispensabile far lavorare in modo specifico i muscoli intrinseci, soprattutto i lombricali (flessione volare delle dita), e gli interossei dorsali (abduzione delle dita).
 - Utile la rieducazione con lavoro concentrato sulle prese ,sui polpastrelli e globale, laterale e terminale.
 - In questo stadio un ruolo essenziale è riservato al massaggio per ammorbidire la cicatrice e liberarla dalle aderenze.
- Alla fine la riabilitazione va completata con il lavoro delle prese di forza ,globali e laterali ,e con il lavoro di abilità e rapidità digitale.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO delle RIPARAZIONI dei TENDINI della MANO.

Premessa

- **Le tre fasi di cicatrizzazione**
sono alla base del trattamento.

:

- Fase essudativa.
- Fase fibroblastica.
- Fase del modellamento connettivale.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO delle RIPARAZIONI dei TENDINI della MANO.

- Fase essudativa.
 - caratterizzata da una diminuzione delle resistenze del tendine suturato, si deve soprattutto proteggere la sutura.

www.fisiokinesiterapia.biz

TRATTAMENTO RIABILITATIVO delle RIPARAZIONI dei
TENDINI della MANO.

- Fase fibroblastica
 - si deve favorire il corretto orientamento delle fibrille collagene in deposizione.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO delle RIPARAZIONI dei TENDINI della MANO.

- **Fase di modellamento**
 - si devono combattere i processi di accorciamento e di contrattura dei tessuti interessati .

TRATTAMENTO RIABILITATIVO delle RIPARAZIONI dei TENDINI della MANO.

- Per un corretto orientamento della deposizione connettivale durante la fase intermedia del processo di cicatrizzazione:
 - ▶ bisogna tenere presente la funzione gestuale della mano, proponendo esercizi terapeutici in cui il movimento non deve essere solo contrazione muscolare e spostamento articolare, ma soprattutto "atto comportamentale", diretta conseguenza della elaborazione da parte del S.N.C. del feed back informatico.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO delle RIPARAZIONI dei TENDINI FLESSORI della MANO.

- Nell'immediato post-operatorio il chirurgo confeziona un tutore di protezione che, a volte munito di trazione elastica dall'unghia al polso, mantiene una flessione di 45° al polso, 20° alle M.C.F e IFP, e di 50° alle IFD. Quest'ultima può essere attivamente portata in completa estensione dal paziente.
- **Dopo la prima settimana**
 - si inizia con esercizi passivi di flesso-estensione delle dita. L'estensione deve avvenire passivamente, in modo completo per ogni articolazione, mentre le altre articolazioni delle dita ed il polso devono rimanere flesse. Con questo si vogliono prevenire contratture, soprattutto delle IFP, mantenute flesse dalla trazione elastica.
- Con la flessione mantenuta dalla trazione elastica si possono proporre esercizi attivi di estensione delle falangi, che permettano al tendine di scorrere all'interno della guaina prevenendone la retrazione.
- L'estensione del polso al di fuori del tutore verso la posizione neutra può essere concessa dalla 3° settimana.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO delle RIPARAZIONI dei TENDINI FLESSORI della MANO.

- **Dalla 4° settimana, rimosso il tutore:**
 - si possono proporre esercizi di mobilizzazione in flessione delle dita, sia con chiusura completa di tutte le articolazioni (chiusura a pugno completa), che delle sole inter-falangee che permette l'escursione sia del tendine flessore profondo che del superficiale.
- **Dopo la sesta settimana** il trattamento può essere più aggressivo, attivo e finalizzato.
 - Contemporaneamente sono necessari esercizi di stiramento attivo delle dita, con il polso in leggera estensione ed evitando la completa estensione delle dita stesse.
- **Dopo la 7° - 8° settimana**
 - bisogna contrastare l'ispessimento di tendini flessori anche con l'uso dei tutori.
- **Dall'8° settimana**
 - l'esercizio terapeutico può avvenire anche contro resistenza, al fine del recupero della forza muscolare e della completa gestualità relazionale e lavorativa

ALGO-NEURO-DISTROFIA SIMPATICA RIFLESSA

- **Algo-neuro-distrotia (AND) simpatica riflessa**
 - patologia che si incontra di frequente in sede di rieducazione e che il terapeuta deve essere assolutamente in grado di diagnosticare e di trattare precocemente
 - complicazione che compare a seguito di fatti traumatici.
 - Nella maggior parte dei casi, infatti, il trauma in questione ha interessato le ossa o le articolazioni degli arti:
 - può trattarsi di una frattura o di un intervento chirurgico, ma anche di lussazioni, piaghe, ustioni, flebiti, infezioni, ecc...

ALGO-NEURO-DISTROFIA SIMPATICA RIFLESSA

- Il sintomo principale riscontrabile è la presenza di un forte dolore, situato sempre a livello dell'estremità dell'arto che ha subito il trauma.
- Questo dolore viene descritto dal paziente come una sensazione di bruciore.
- L'intensità lamentata è di grande importanza, perché spesso appare sproporzionata rispetto al fatto traumatico originale, considerato anche il tempo trascorso dal verificarsi dell'incidente.
- Il dolore aumenta con lo stress e l'attività, mentre diminuisce con la calma e il riposo.
- La mobilizzazione e il massaggio l'accentuano, e la semplice pressione delle dita sulla pelle può essere molto dolorosa.

ALGO-NEURO-DISTROFIA SIMPATICA RIFLESSA

- A secondo del grado di evoluzione, potranno manifestarsi anche altri sintomi, tra cui:
 - *la pelle* risulta fredda al tatto con sudorazione, mentre negli stadi più avanzati si sviluppano edemi e cianosi
 - i *muscoli* della regione interessata tendono ad atrofizzarsi
 - *l'osso* sottostante va incontro ad un processo di osteoporosi da "non uso" (atrofia di Sudeck)
- Il meccanismo esatto di sviluppo dell'AND non è ancora completamente noto.
- Tuttavia, risulta chiaro che il sistema nervoso gioca un ruolo di primo piano.
- Sono constatabili infatti problemi vasomotori legati a un'iperattività del simpatico che innerva la regione interessata.

IDIOPATICHE

SECONDARIE

Traumi

Affezioni cardio-vascolari

Affezioni polmonari

Affezioni neurologiche

Iperparatiroidismo

Diabete mellito

Iatrogena

Il trattamento dell' algo-neuro-distrofia ha due scopi principali

1) Ridurre il dolore:

- vanno quindi evitate manipolazioni, massaggi o altri metodi che potrebbero aumentare il dolore, poiché questo tende ad aggravare l'AND

2) Diminuire l'attività del simpatico:

- il punto chiave del trattamento è quello di ridurre o bloccare il sistema nervoso simpatico che innerva l'estremità dell'arto colpito dall'AND.
 - I diversi trattamenti disponibili sono esposti in ordine crescente di aggressività:
 - la stimolazione elettrica transcutanea delle grosse fibre nervose mieliniche della sensibilità tattile (AB)
 - le iniezioni locali anestetizzanti
 - le infiltrazioni anestetizzanti del simpatico
 - Questi diversi strumenti terapeutici dovranno essere utilizzati in progressione e solo in seguito alla provata inefficacia di un metodo si ricorrerà a quello successivo.

NB: Il cardine della rieducazione è il recupero della funzione e della motilità finalizzata necessaria