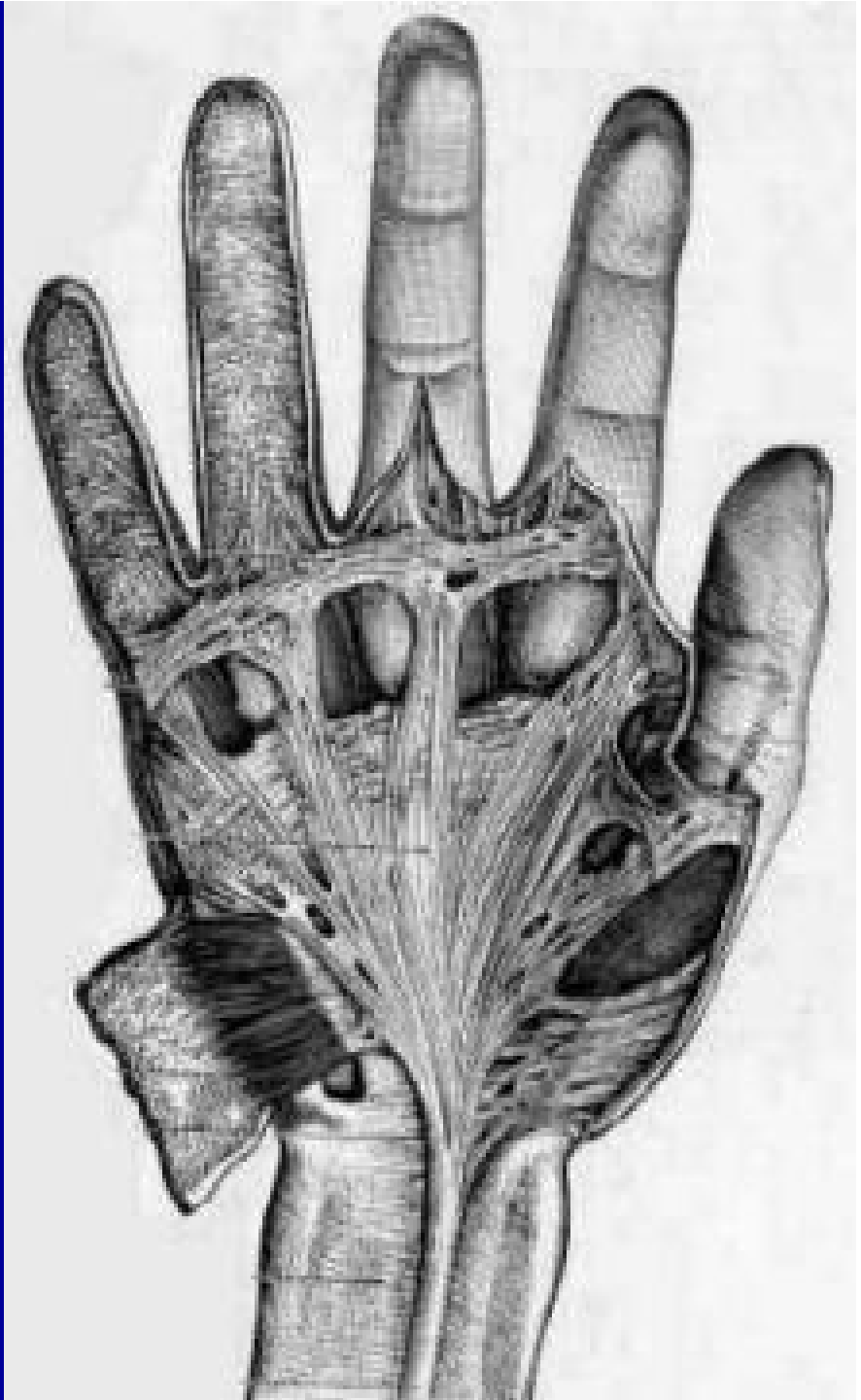


La malattia di Dupuytren

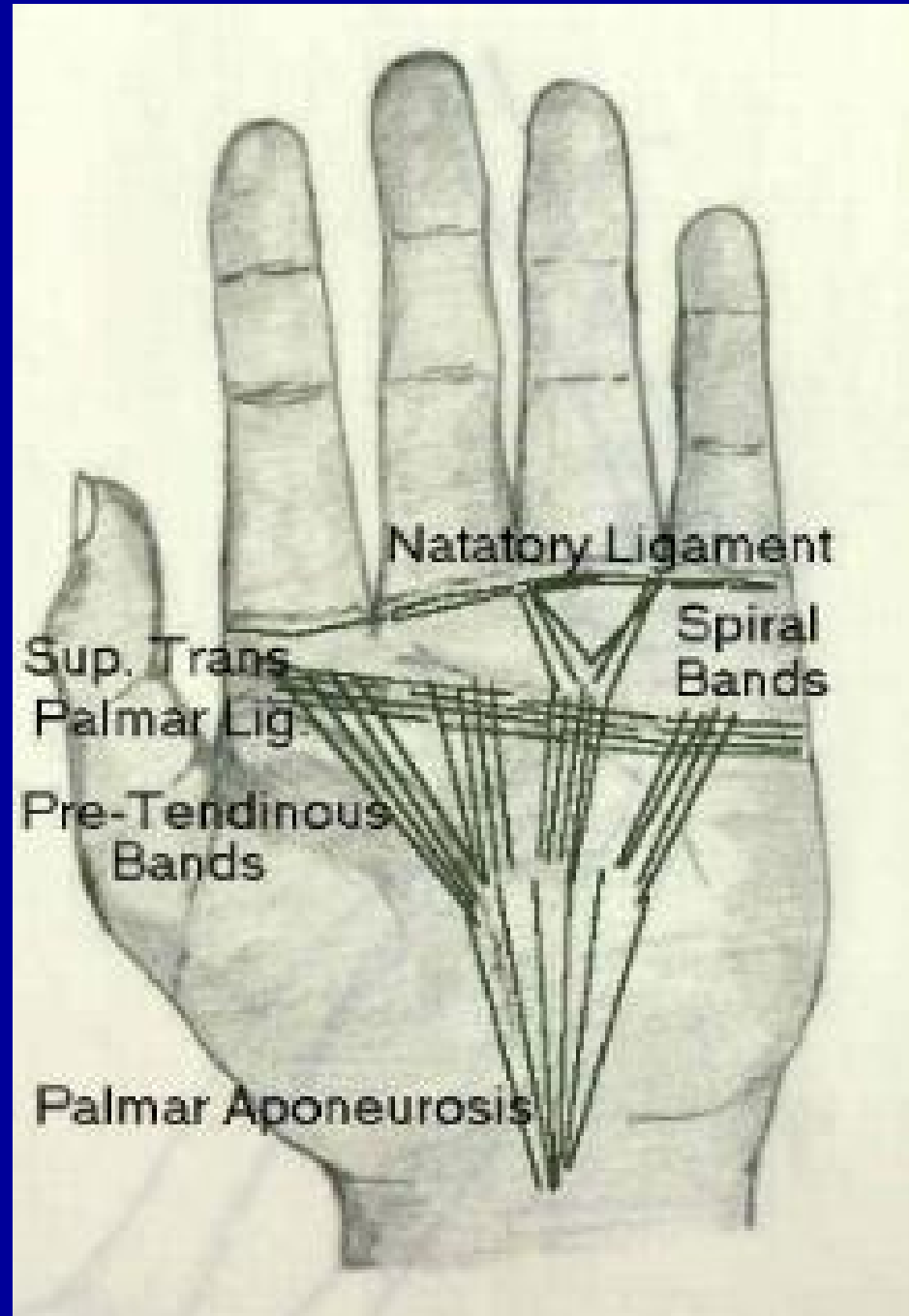


Definizione

Progressivo ispessimento e retrazione sclerotica dell'aponevrosi palmare che determina deformità in flessione delle articolazioni di uno o più dita della mano, spesso bilaterale

Anatomia

- Aponevrosi palmare
- (Legamento trasverso superficiale)
- Benderelle pretendinee
- Benderelle spirali
- Legamenti natatori
- Legamenti di Grayson
- Legamenti di Cleeland
- Legamenti di Landsmeer



Anatomia



La eziopatogenesi è oscura:

numerose teorie sono state proposte in passato

- Microtraumatica
- Dismetabolica
- Autoimmune
- Congenita
- Embriogenetica
- Neurovegetativa
- Circolatoria
- Endocrina
- Linfatica
- Infettiva
- Tossica
- Disvitaminosica
- Dislipidemica
- Enzimatica
- Mesenchimale
- Miofibroblastica

Eziologia

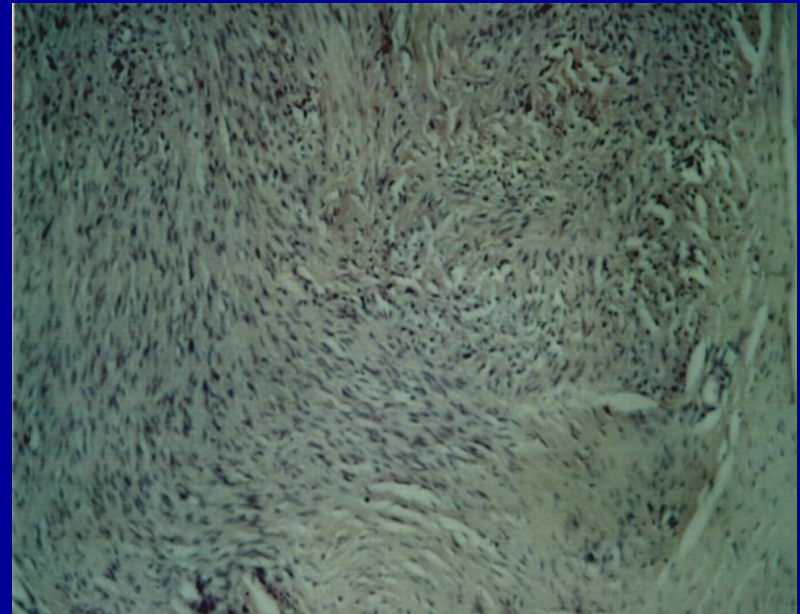
- proliferazione dei miofibroblasti
- aumento del collagene tipo III, simile a tessuto cicatriziale, rispetto al collagene tipo I
- aumento del fattore di crescita piastrinico tipo B
- ruolo del fattore di crescita di trasformazione alpha (TGF-alpha)

Anatomia patologica

- Macroscopica



- Microscopica



Fattori Predisponenti

- Sesso maschile
- Età (VI decennio)
- Etilismo
- Cirrosi epatica
- Epilessia (uso di anticonvulsivanti)
- Razza caucasica
- Origine nordeuropea
- Lavori manuali
- Esposizione a strumenti vibranti
- Familiarità (in alcuni casi come tratto autosomico dominante)
- Diabete
- Vasculopatia
- Tabagismo (*Burge P et al. J Bone Joint Surg Br 1997 Mar;79(2):206-10*)

Esordio clinico

- comparsa in sede sottocutanea in prossimità della plica palmare distale di un nodulo fisso lievemente dolente e a lento accrescimento in corrispondenza del quinto o più spesso del quarto dito



Evoluzione clinica

- In seguito si sviluppano altre formazioni sottocutanee cordoniformi e retraenti che si estendono in senso prossimale dal nodulo verso la base della regione palmare e, distalmente, fino ad interessare il segmento prossimale del dito. Le retrazioni in flessione si sviluppano gradualmente a carico della MF e poi della IFP del dito. La progressione della malattia è incostante con periodi di remissione e di riesacerbazione



La rara associazione con condizioni morbose clinicamente e istologicamente simili è considerata espressione del carattere sistemico della malattia e indice di gravità (Anderson)

Malattia di Ledderhose

localizzata alla porzione mediale della fascia plantare, a carattere non evolutivo, frequenti le recidive (si associa nel 5% dei casi)



Cuscinetti adiposi digitali di Garrod (knuckle pads)

localizzati alla IFP, a volte dolorosi, non tendono alla retrazione



Malattia di La Peyronie

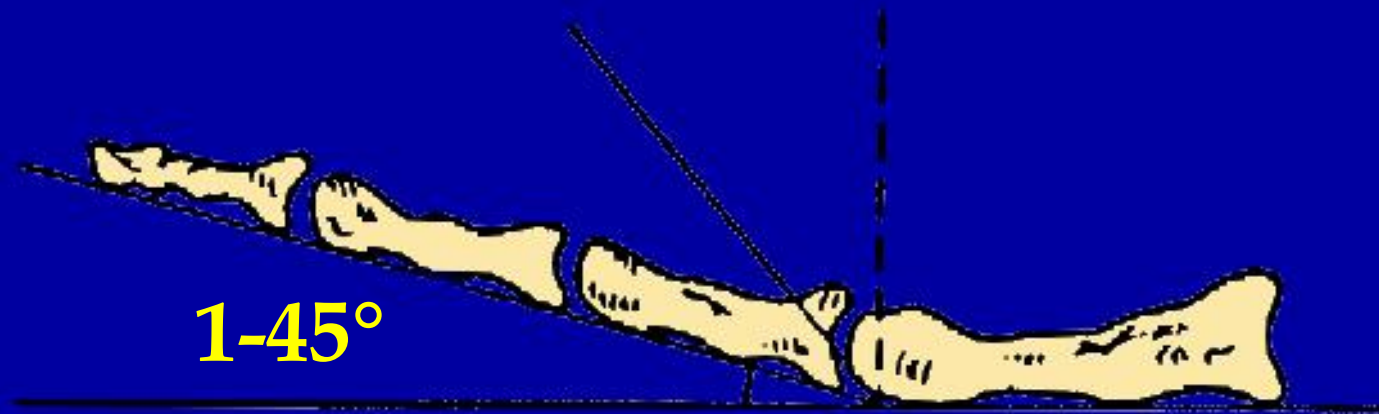
o induratio penis plastica (si associa nel 2-10 % dei casi)

Classificazione Di Tubiana e Michon Stadio 0

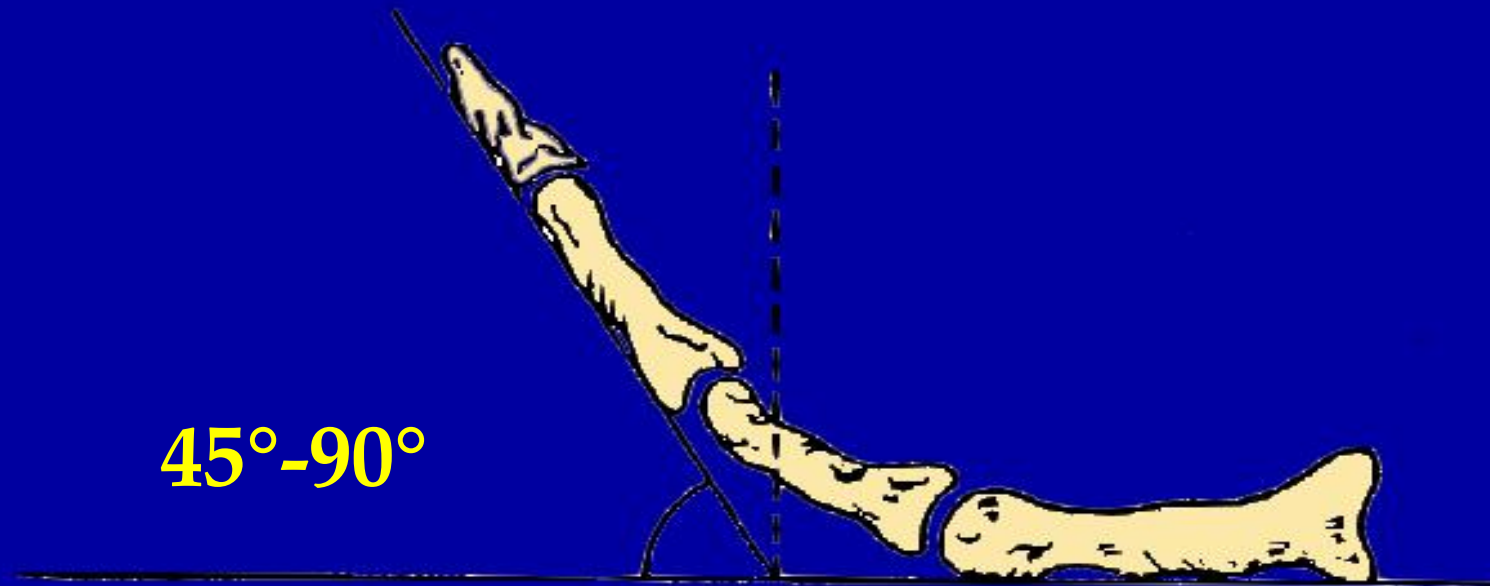


www.fisiokinesiterapia.biz

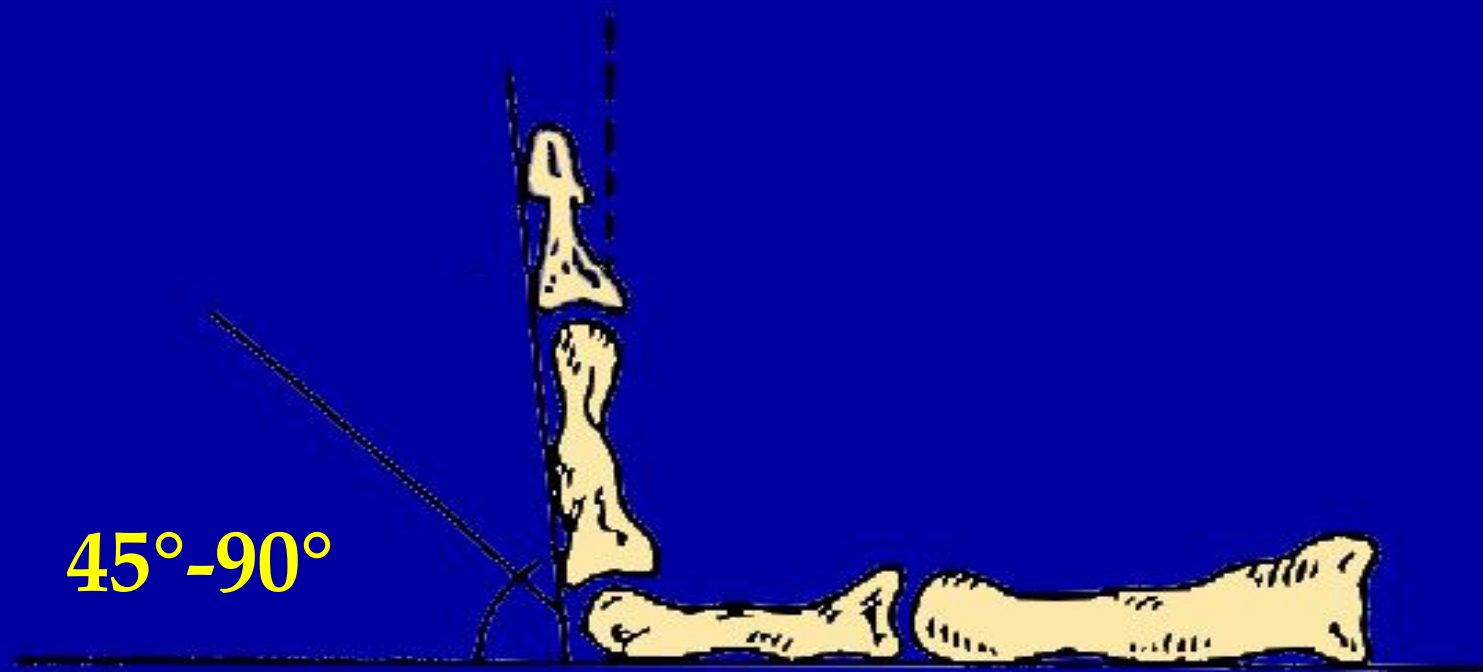
Classificazione Di Tubiana e Michon Stadio 1



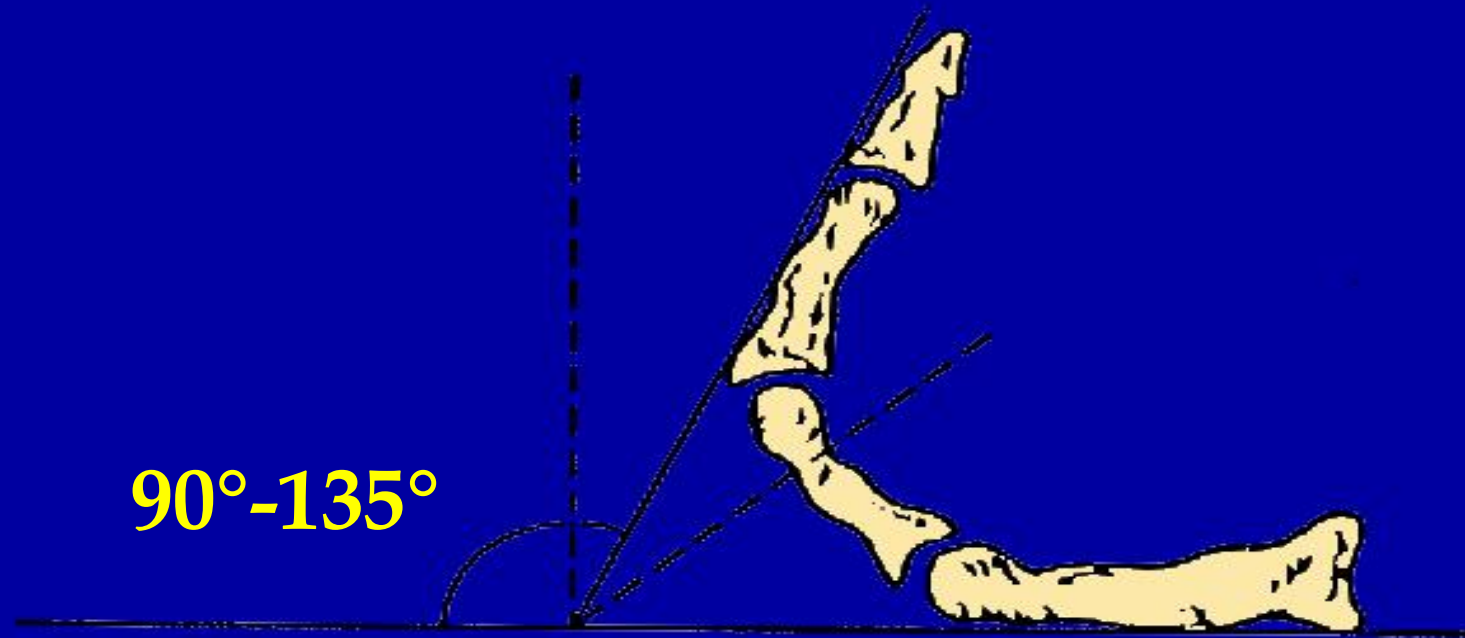
Classificazione Di Tubiana e Michon Stadio 2



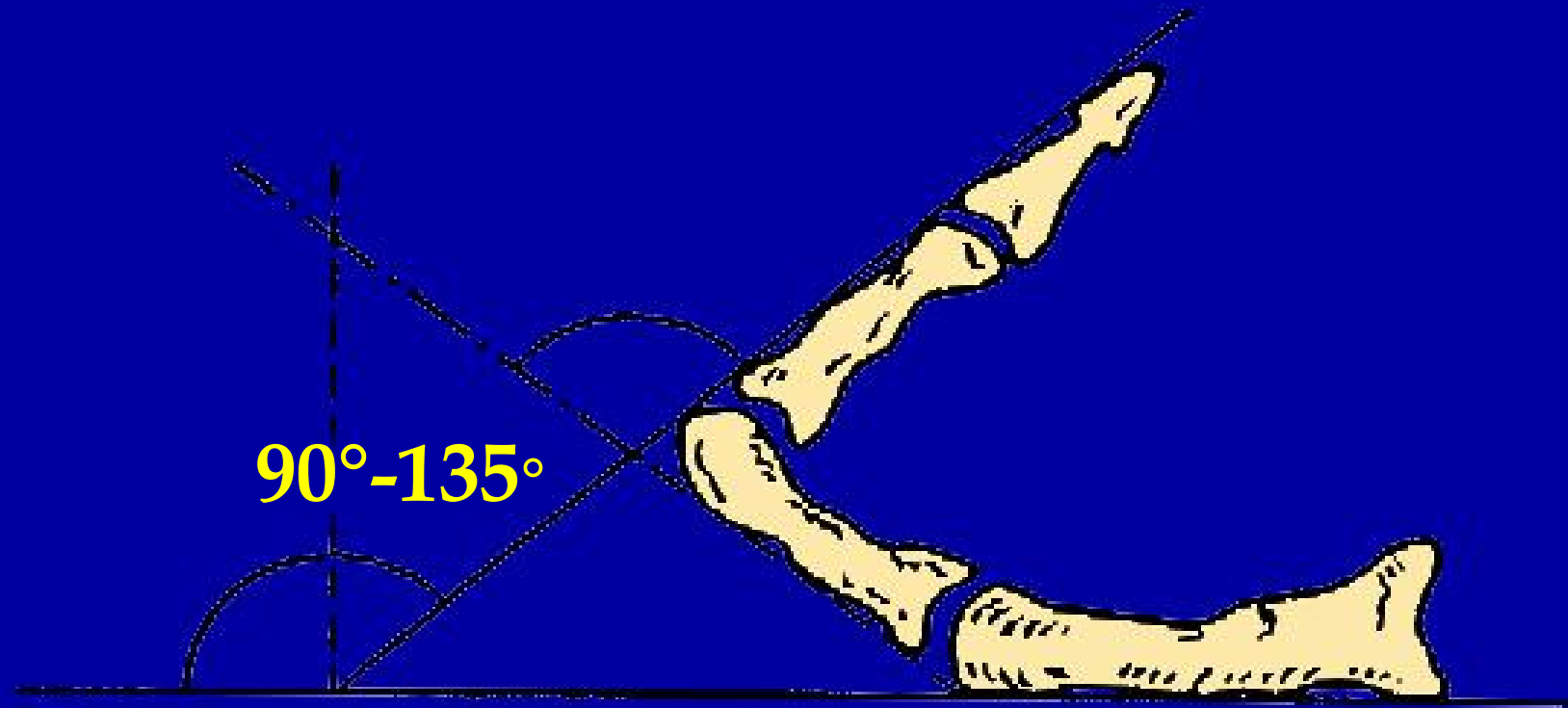
Classificazione Di Tubiana e Michon Stadio 2 d



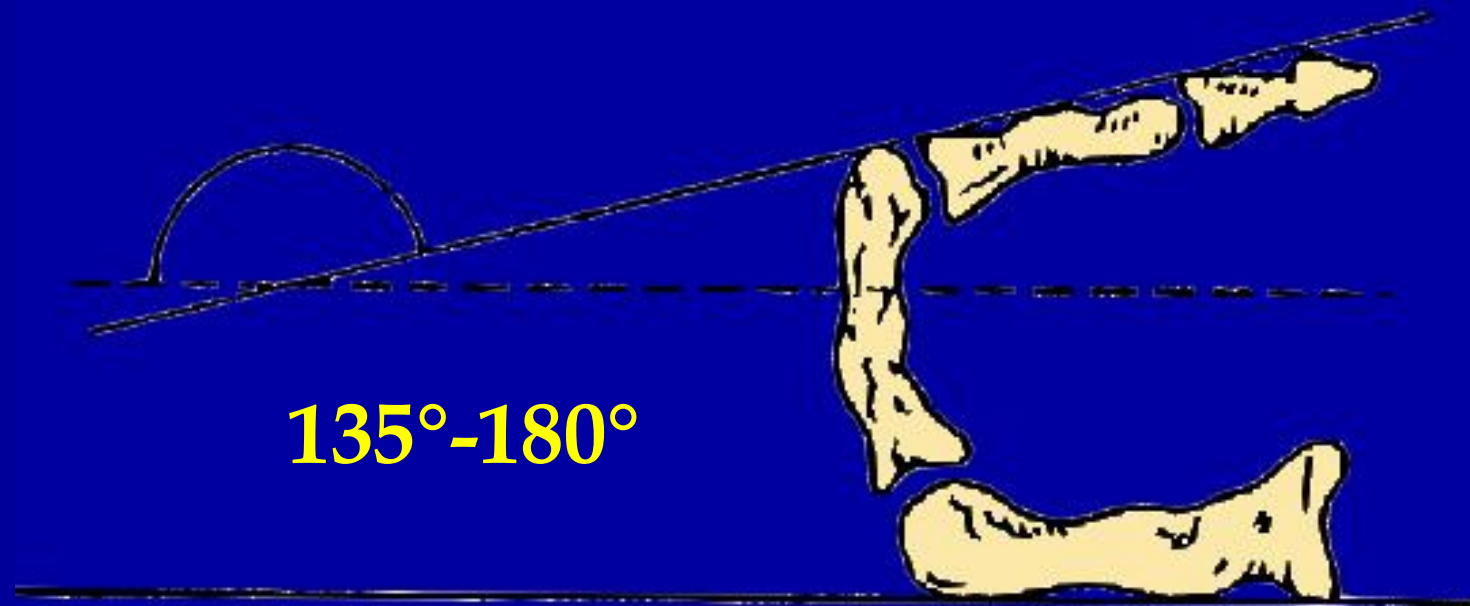
Classificazione Di Tubiana e Michon Stadio 3



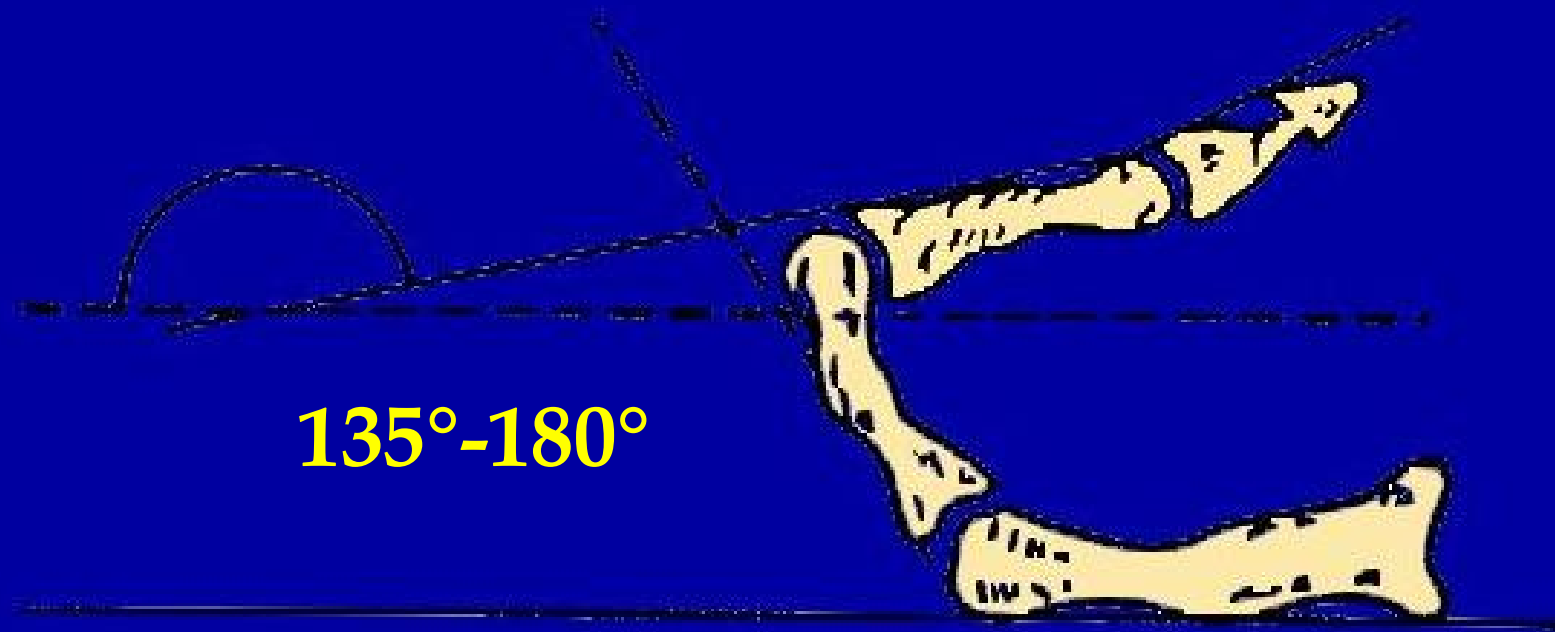
Classificazione Di Tubiana e Michon Stadio 3 d



Classificazione Di Tubiana e Michon Stadio 4



Classificazione Di Tubiana e Michon Stadio 4 h



www.fisiokinesiterapia.biz

Terapia medica

Ha un ruolo del tutto secondario
limitatamente allo stadio 0

Consiste in:

- infiltrazioni con cortisonici (per es. 6 infiltrazioni settimanali con triamcinolone)
- terapia radiante
- inefficace si è dimostrata la somministrazione per os di vitamina E alla dose di 300 mg al dì

Terapia chirurgica



Indicazioni

- Nessuna indicazione allo stadio 0 e allo stadio 1, spesso stazionari per anni
- Contrattura alla MCF maggiore di 30°
- Contrattura alla IFP di qualunque entità (in pratica maggiore di 20°)

Avvertire il paziente :

- che i risultati della chirurgia sono variabili soprattutto per quanto riguarda la correggibilità della deformità delle IFP
- che esiste il rischio di recidiva (ricomparsa di malattia nella stessa regione sottoposta a intervento chirurgico dopo un intervallo libero) e di estensione (comparsa di malattia in regioni diverse da quella già trattate chirurgicamente)



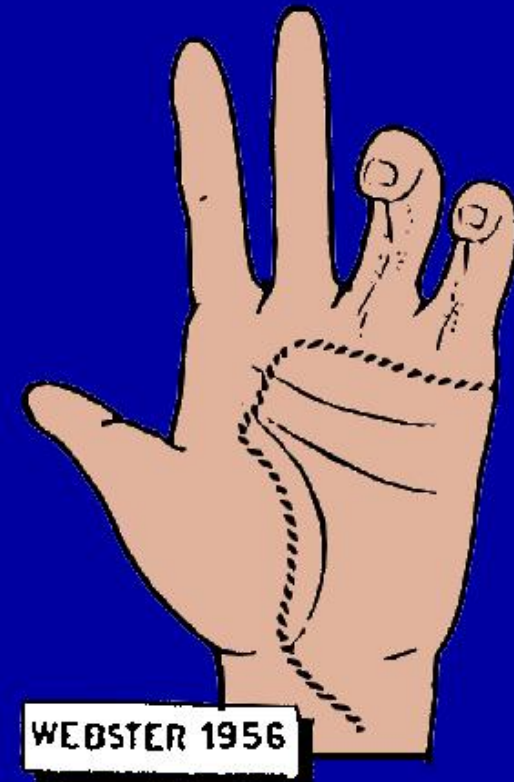
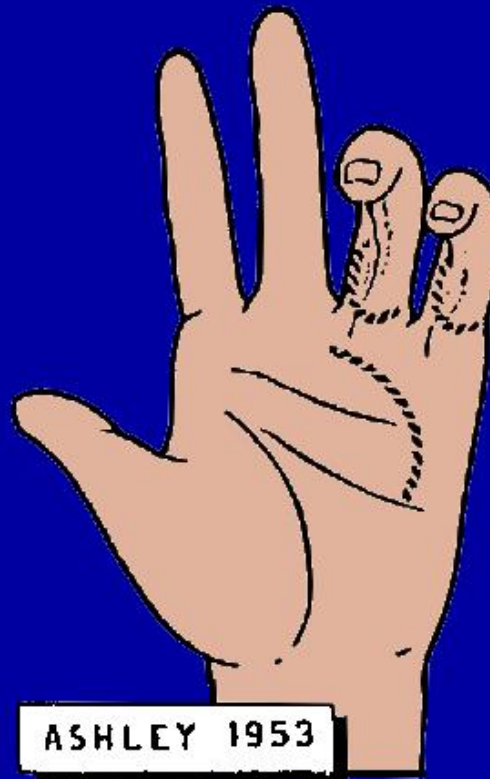
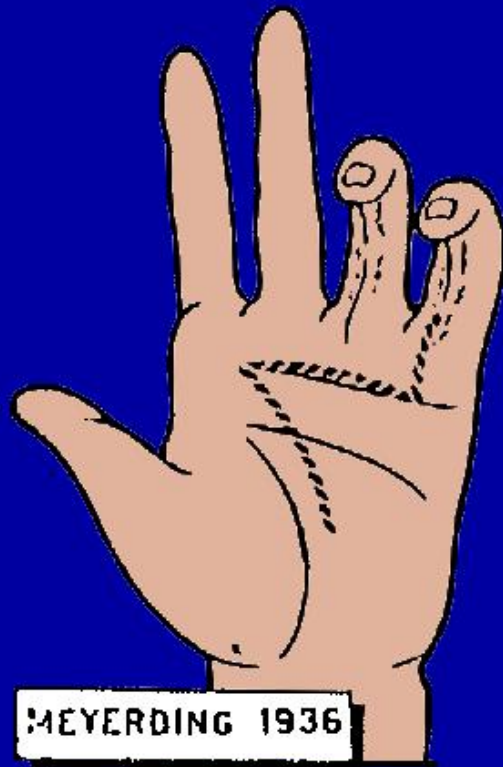
Tecniche chirurgiche

- aponevrectomia totale : da abbandonare per la morbilità postoperatoria e a distanza che consiste in edema postoperatorio, necrosi cutanee, rigidità, contratture cicatriziali
- Aponevrotomia: ha valore preparatorio ad altri interventi, mai sulle dita per il rischio di ledere il fascio vascolonervoso
- Aponevrectomia selettiva: è l'intervento di scelta. Proposto da Skoog. Si basa su studi anatomici che dimostrano come il legamento palmare trasverso e i setti profondi paratendinei siano indenni da malattia e possano essere risparmiati con preservazione del circolo linfatico e minori complicanze postoperatorie

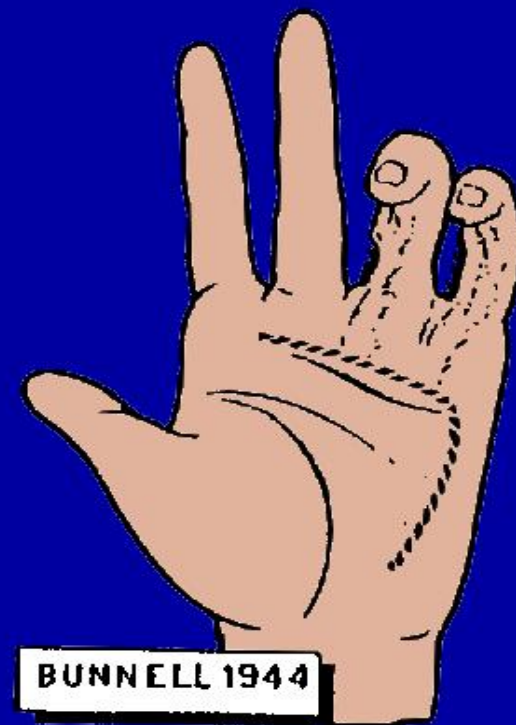
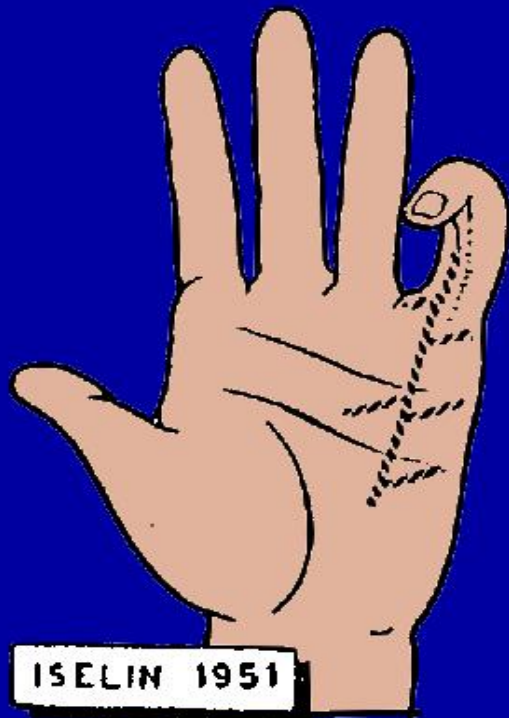
Tecniche chirurgiche

- Open palm technique (Mc Cash 1964): si tratta di una aponevrectomia selettiva in cui la ferita viene lasciata aperta con diastasi di alcuni cm, mobilizzazione precoce e guarigione per seconda intenzione
- Apodermonevrectomia (Hueston 1969) : si basa sul presupposto teorico che sono coinvolte nella malattia, oltre alla aponevrosi, anche le strutture più superficiali compresa la cute che viene escissa. E' indicata nelle recidive, necessita spesso di un lembo cutaneo a spessore totale o di un lembo di rotazione laterodigitale secondo Razemon (1976)
- aponevrectomia locale: indicata in pazienti anziani o debilitati

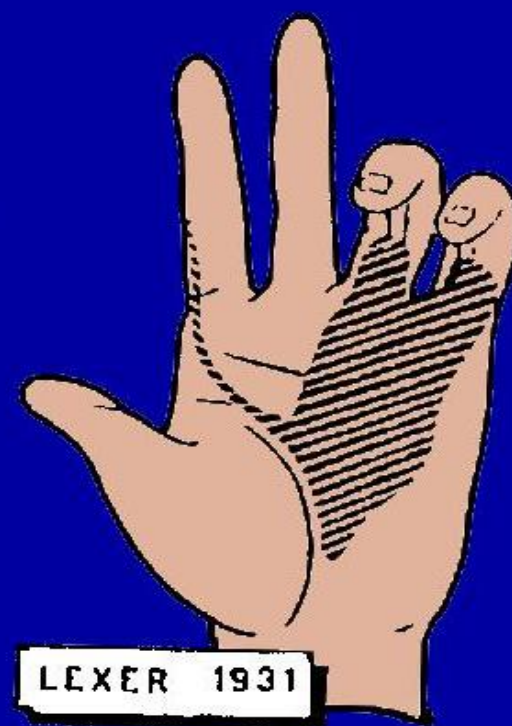
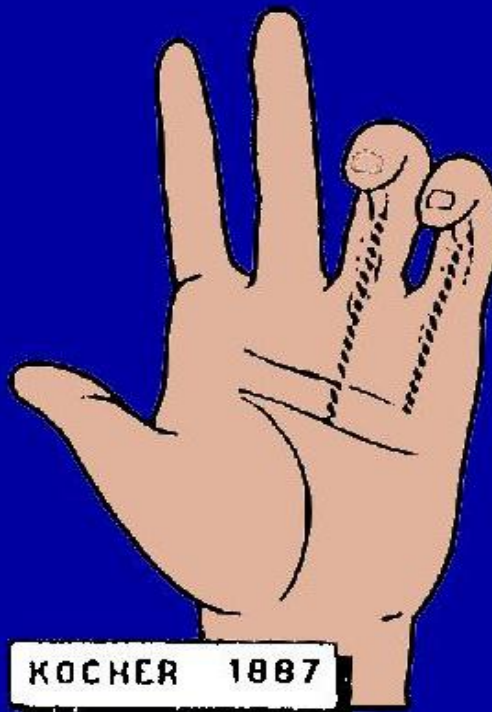
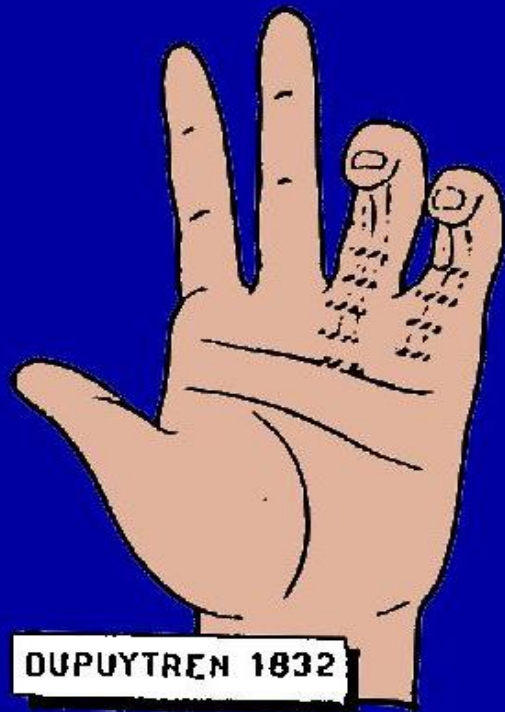
Trattamento Chirurgico incisioni



Trattamento Chirurgico incisioni

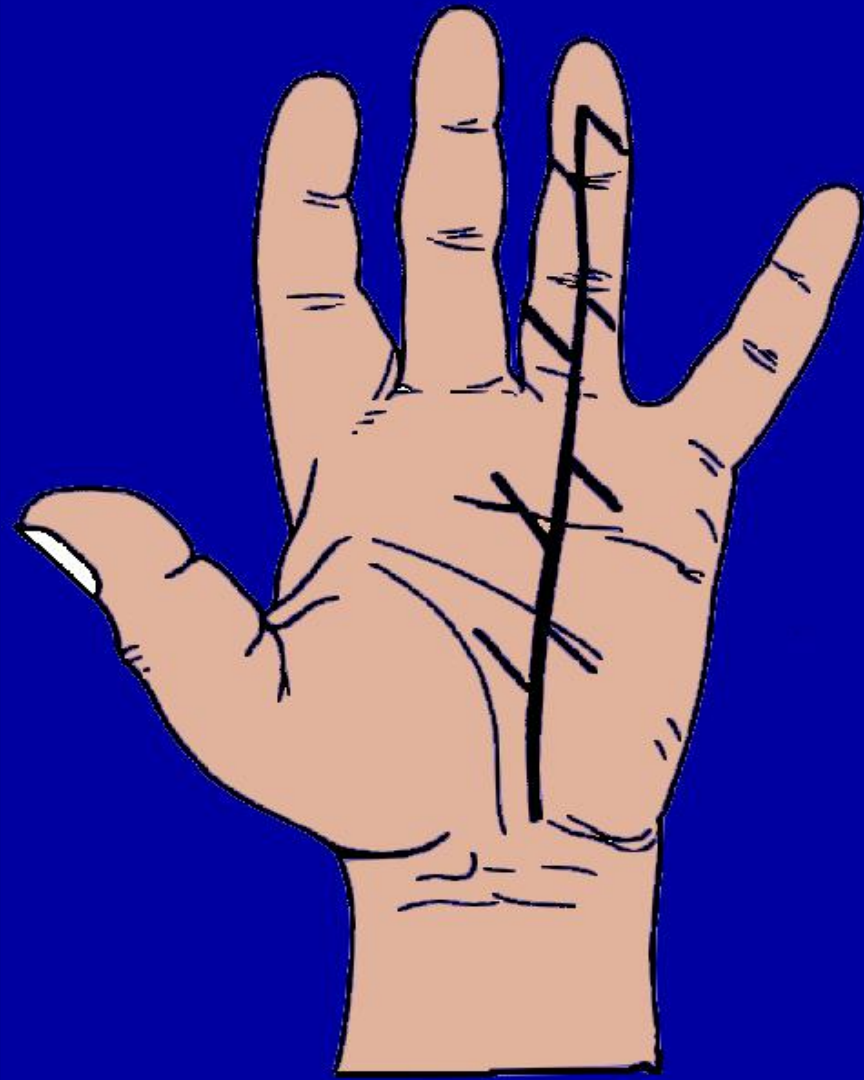


Trattamento Chirurgico incisioni

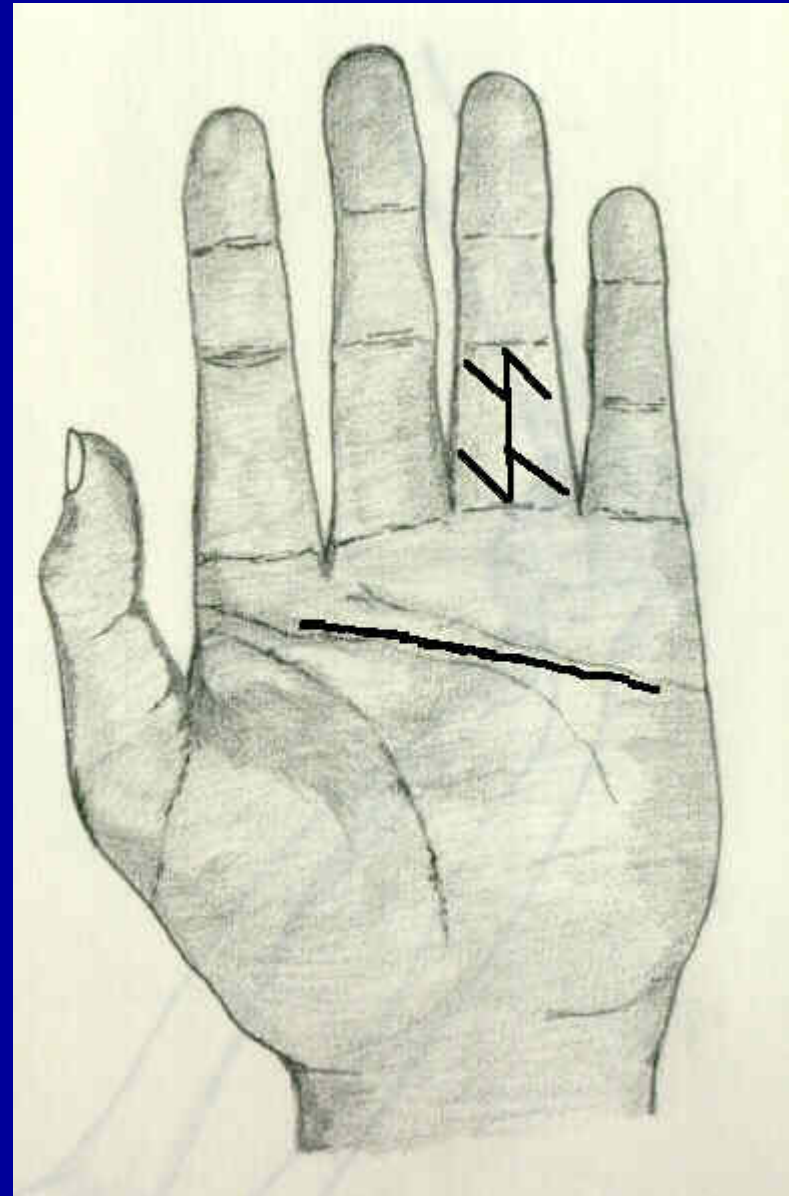


www.fisiokinesiterapia.biz

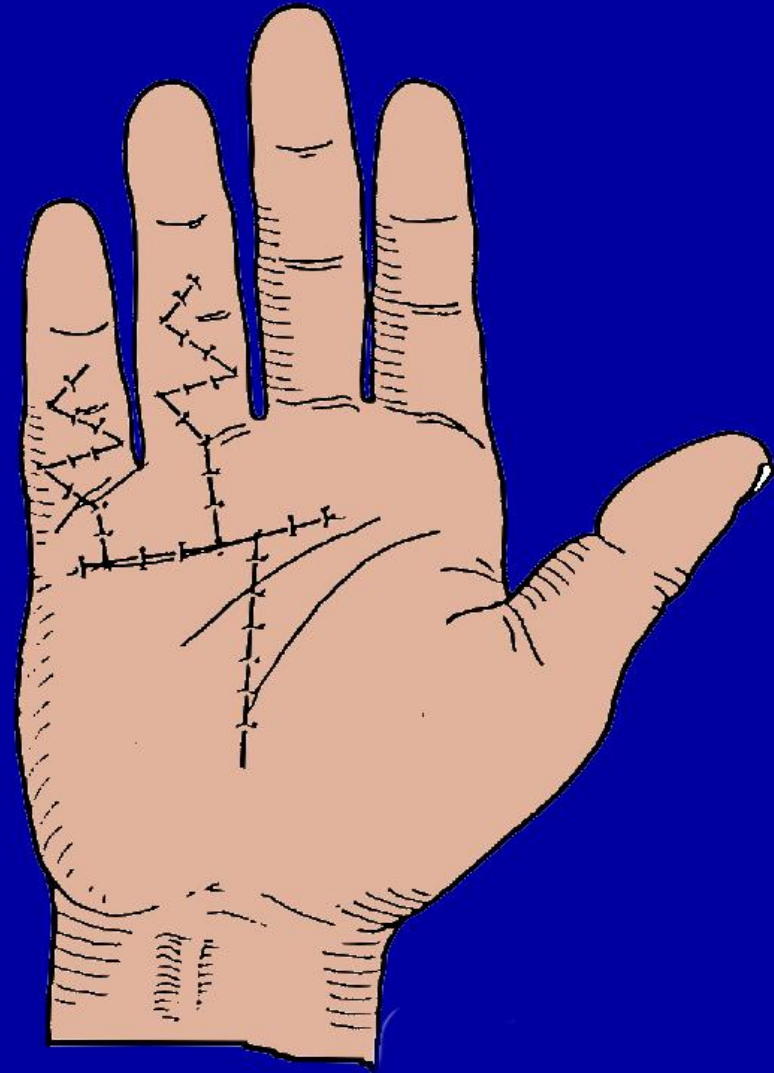
Incisione di
Dieckman-
Iselin



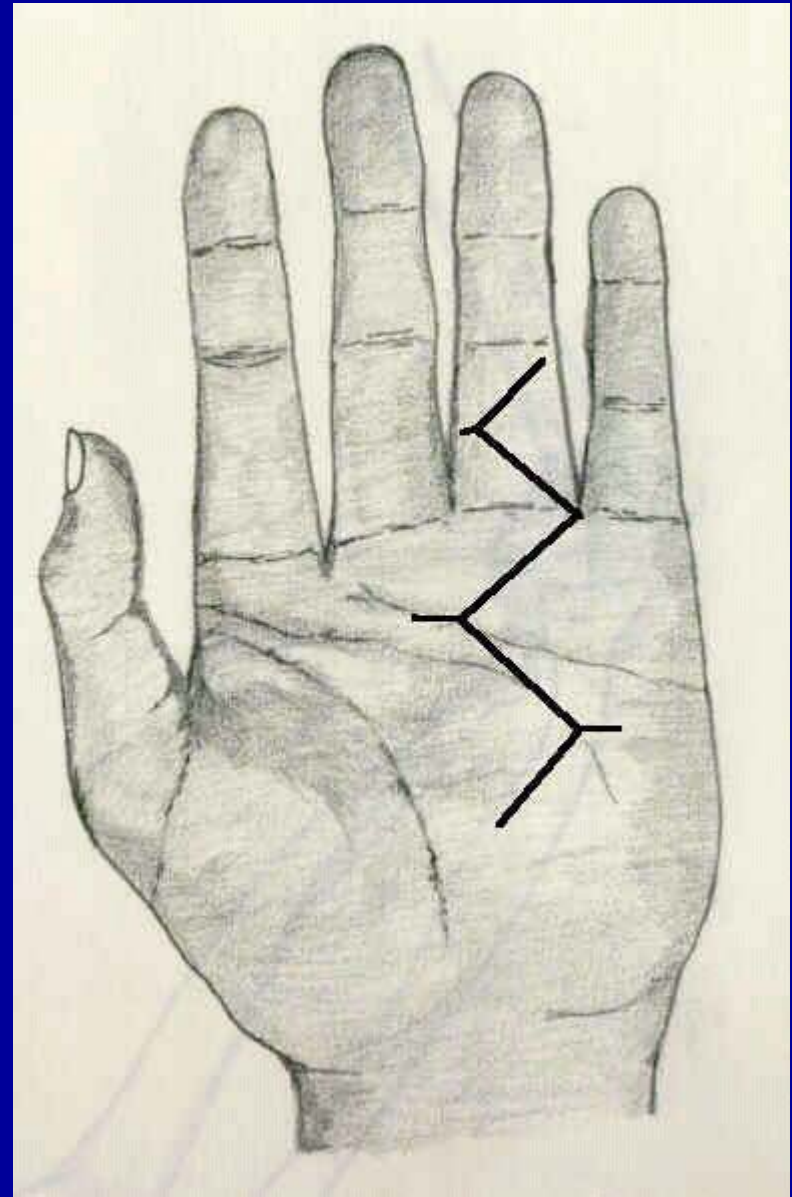
Incisione di Mc
Indoe
incisione
palmare
trasversa +
incisioni a zeta
digitali



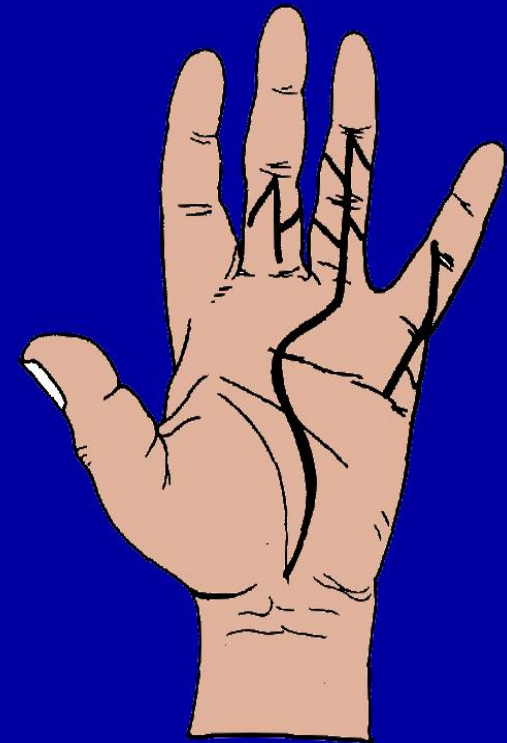
Incisione di
Skoog



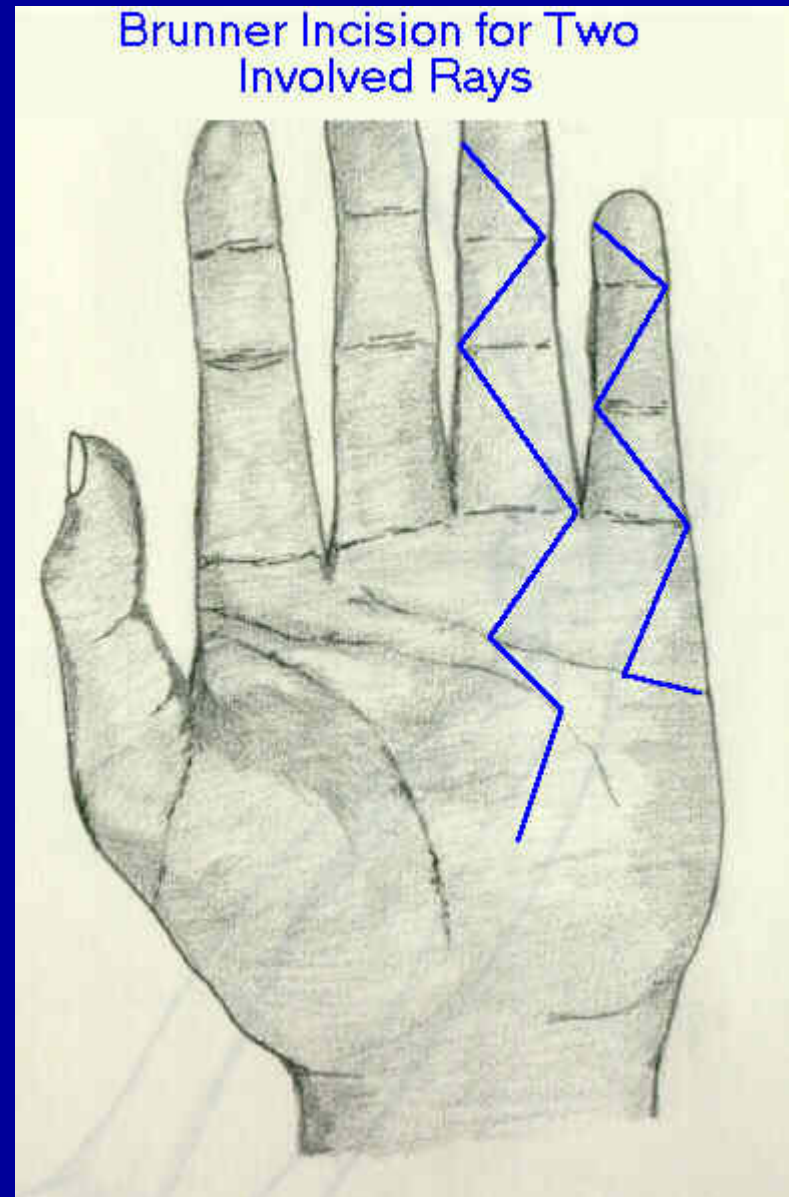
Incisione a
V-Y



Alcune
incisioni
secondo
Tubiana



incisione
di
Brunner



L'ematoma è la complicanza più frequente ed è spesso la causa della necrosi dei lembi cutanei e delle infezioni

quindi essenziali sono:

- L' emostasi accurata
- I drenaggi in aspirazione
- Una corretta medicazione postchirurgica con modica compressione palmare

Terapia chirurgica

Complicanze

Immediate

- necrosi dei lembi
- ematoma
- dolore postoperatorio
- infezione (più frequente utilizzando fili di K.)

A distanza

- algodistrofia
- rigidità dopo capsulotomie
- retrazioni cicatriziali
- recidive (più frequenti se bilaterale, se coinvolgimento sistemico, se origine nordeuropea, se colpite più dita)

Consigli postoperatori

il pz deve mobilizzare la mano autonomamente, ma senza forzare l'estensione perché ciò provoca ipertrofia della cicatrice