

MALATTIA DI DUPUYTREN



Dott.ssa I. Cappelletti
(Ospedale S. Carlo Genova Voltri)

... si pensava una patologia dei tendini ...

*Patologia fibroproliferativa
caratterizzata da un
ispessimento ed una
retrazione
dell'**APONEUROSIS PALMARE**
della mano*



"Guillaume Dupuytren 1831"

Goyrand '34: espansione anche alle fasce digitali

CLINICA

*Si manifesta con un **nodulo o cordone** che porta ad una flessione permanente delle dita*

Non provoca dolore



EVOLUZIONE

*Progressione lenta o decorso evolutivo rapido
con periodi alterni di stabilizzazione e attività*



Localizzazione: anulare e mignolo

EPIDEMIOLOGIA

RAZZA: caucasica e Nord Europea

ETA': intorno ai 50aa, ma tutte le età

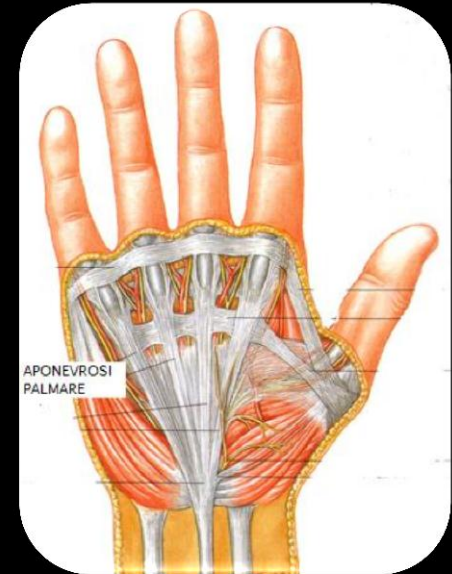
SESSO: MASCHILE (intorno ai 50aa , 6:1)

FAMILIARITA': un ipotesi è ereditarietà autosomica dominante a penetranza variabile correlata all'età

LAVORO MANUALE (non pare vi sia associazione, mentre sembra si possa attivare con un singolo trauma)

ASSOCIATA A:

epilessia, diabete, alcolismo, epatopatie, fumo, HIV



ALTRE LOCALIZZAZIONI



DUPUYTREN DORSALE (KNUCLE PADS)

*Formazioni nodulari a livello del dorso delle IPP
Associato a formazioni extrapalmari della
fibromatosi*

MALATTIA DI LEDDERHOSE (Fascia plantare)

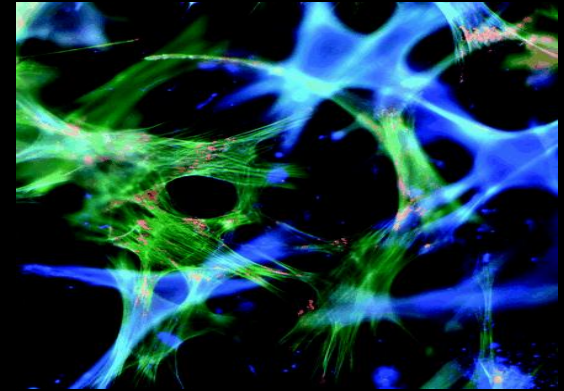
MALATTIA DI LA PEYRONIE (corpi cavernosi del pene)

EZIOPATOGENESI

- *MICOTRAUMATICA*
- *EREDITARIA*
- *INFIAMMATORIA*
- *EMBRIOLOGICA*
- *ENDOCRINA*
- *LINFATICA*
- *DISVITAMINOSICA*
- *TOSSICA*
- *IMMUNITARIA*
- *NERVOSA*
- *VASCOLARE*
- *METABOLICA*



PATOGENESI

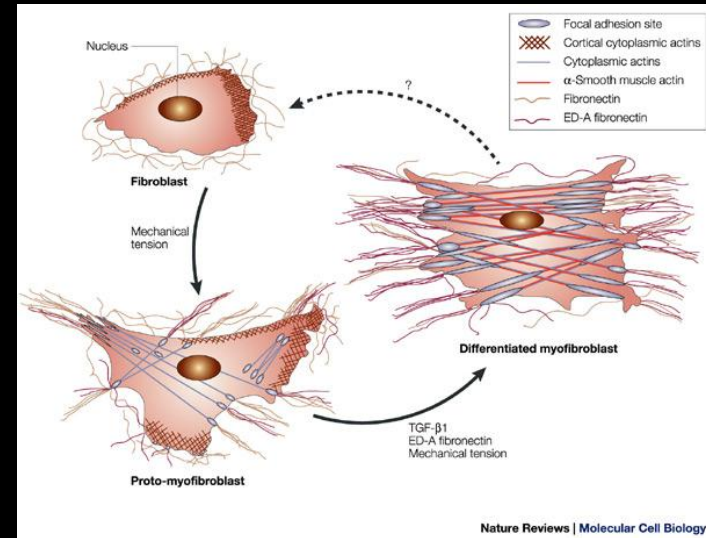


Ruolo del **miofibroblasto** (cell intermedia tra fibroblasto e cell muscolare liscia)

In caso di **occlusioni microvasali**, i rad liberi rilasciati attivano la trasformazione alterando la matrice, producendo collagene III, fibronectina e fattori di crescita (TGFB1)

L'interferone gamma blocca il TGF b1

Anche il **testosterone** induce la proliferazione, ma non spiega perché la malattia sia presente nei due sessi

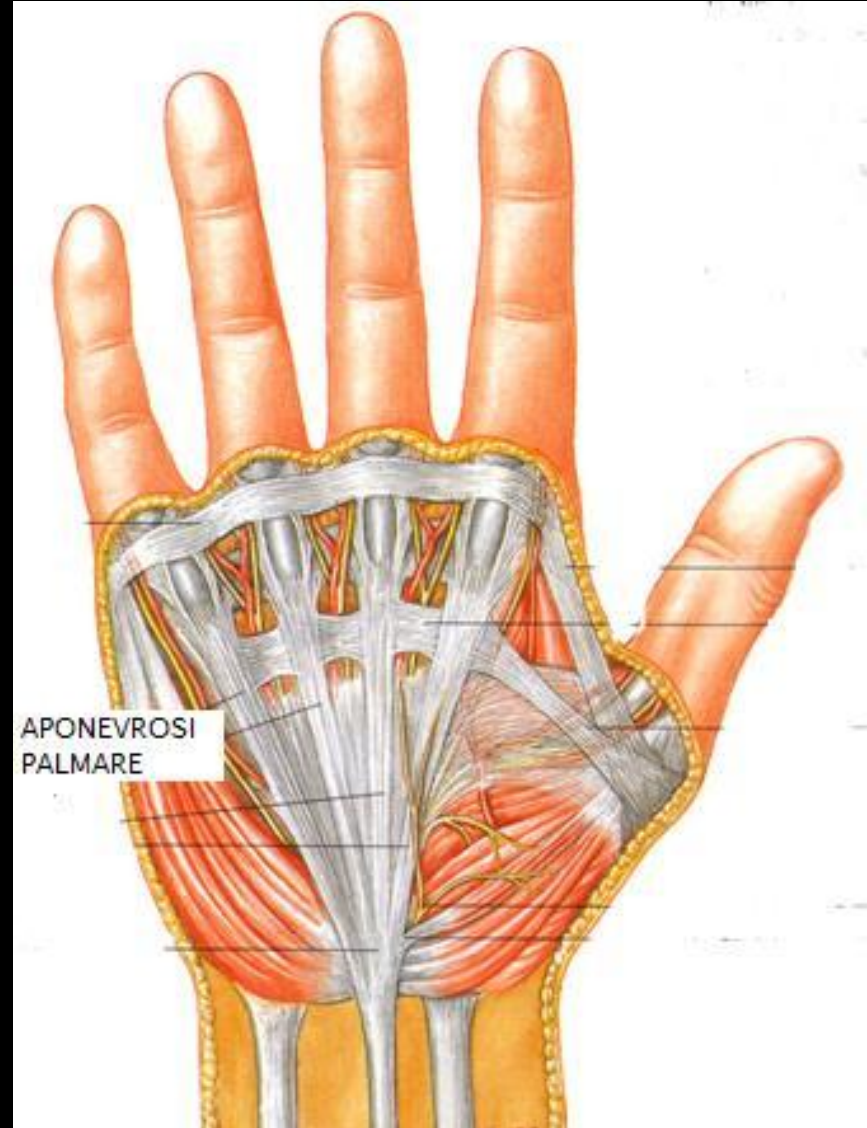


ANATOMIA

*APONEUROSIS PALMARE
(uno strato profondo ed uno
superficiale)*

*FASCIA TENARE E
IPOTENARE*

FASCIE DIGITALI



CLASSIFICAZIONE

In base alla gravità della deformità

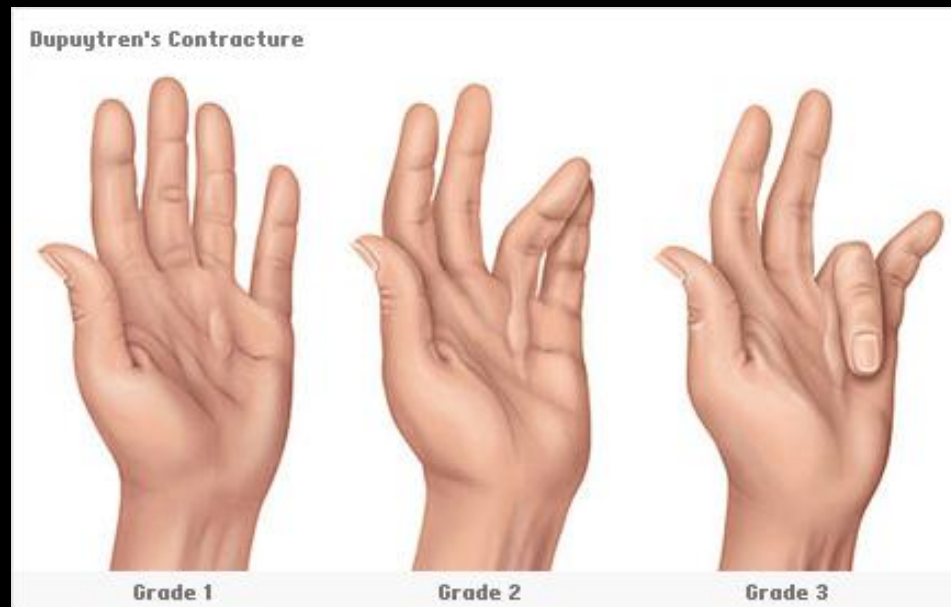
STADIO	DEFORMITA'
0	Assenza di lesioni
N	Noduli isolati
1	Deformità totale* in flex : 0-45°
2	Deformità totale in flex : 45-90°
3	Deformità totale in flex : 90-135°
4	Deformità totale in flex : 135°

**Def.tot: somma degli angoli di flex in ogni articolazione del dito*

Tubiana e Michon '61

CLASSIFICAZIONE CLINICO-CHIRURGICA

- 1. localizzazione palmare*
- 2. contrattura digito-palmare in flessione semplice*
- 3. contrattura digito-palmare complessa*
- 4. contrattura isolata in flessione delle articolazioni interfalangee*
- 5. recidiva post-operatoria di contrattura articolare*
- 6. patologia fortemente invasiva.*



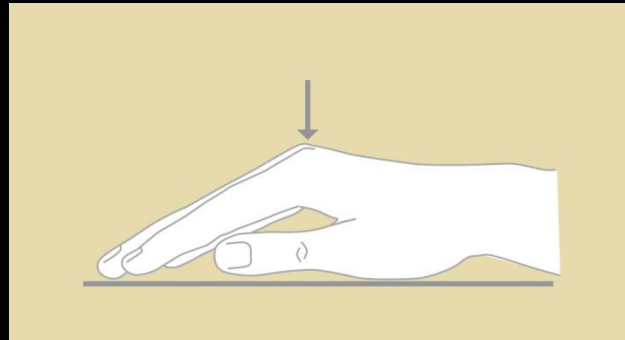
SINTOMATOLOGIA CLINICA

SENSAZIONE DI FASTIDIO: *Noduli e corde danno un senso di tensione della cute*

Difficoltà nel lavarsi e vestirsi per la deformità

RETRAZIONE CUTANEA SPT ANULARE E MIGNOLO CON RETRAZIONE SECONDARIA DELLE STRUTTURE CAPSULO LEGAMENTOSE

TABLE TOP TEST: *Mano posta a piatto sul tavolo non rimane estesa*



INDICAZIONI ALL'INTERVENTO

FUNZIONALE IN BASE ALLE RICHIESTE DEL PAZIENTE

RISCHI E COMPLICANZE IN RELAZIONE A:

- Fattori generali sfavorevoli*
- Fattori locali (deformità, gravità, localizzazione)*



COSA VALUTARE???

- 1. Ampiezza chirurgica da eseguire*
- 2. Come migliorare l'alterazione delle dita*
- 3. Come controllare l'evoluzione della malattia dopo l'intervento*
- 4. Quando operare?*

Table top test pos



Nel pianificare l'intervento:

- 1. Incisioni cutanee*
- 2. Trattamento dell'aponeurosi*
- 3. Tipo di chiusura cutanea*



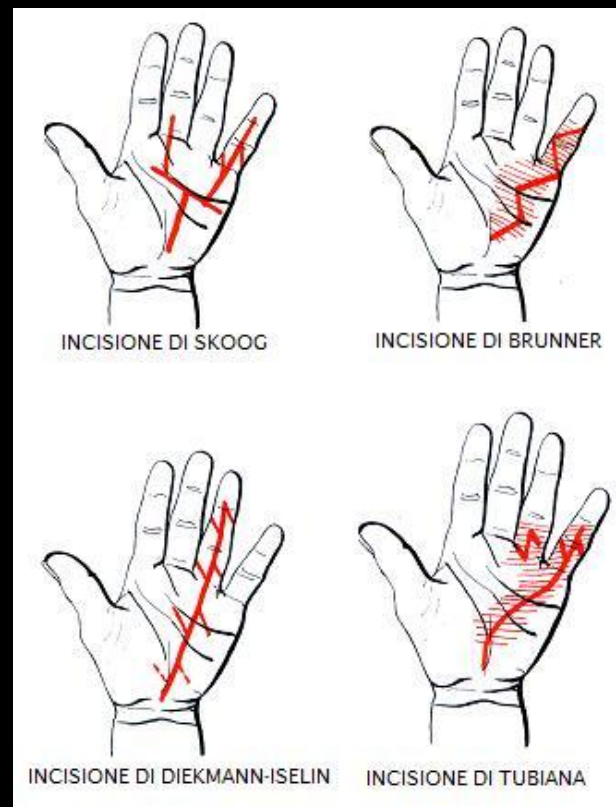
INCISIONI:

- ***Rispettare le pieghe di flessione e lasciare linee spezzate per evitare retrazioni cicatriziali***
- ***Luce operatoria adeguata permettendo di asportare la lesione facendo attenzione ai fasci vasculo nervosi***
- ***Lembi vitali***
- ***Asse principale longitudinale, evitando scollamenti inutili***



SCELTA DELL'INCISIONE

- *Mappa delle lesioni*
- *Grado di retrazione*



- ***PLASTICA A Z MULTIPLA DI ISELIN***
- ***PLASTICA Y-V DI PALMEN***
- ***INCISIONE CURVILINAE DI TUBIANA***
- ***INCISIONE DI SKOOG***
- ***INCISIONE DI McCASH***
- ***TECNICA A NIDO D'APE DI BADESCHI***

APONEUROSI:

1. APONEUROTOMIA (*interruzione*)

*palliativo o in preparazione
all'aponeurectomia con tecnica
percutanea per la distensione della
cute*

2. APONEURECTOMIA (*escissione*)

3. DERMOFASCECTOMIA

*(asportazione dell'aponeurosi con la
cute) in recidive e nei giovani*



APONEURECTOMIA

SELETTIVA (limitata o regionale)

RADICALE (estesa, allargata)



TECNICA

Rimozione della fascia digito-palmare:



TECNICA

Rimozione della fascia digito-palmare:

L'aponeurosi patologica viene sezionata prossimalmente a livello del bordo distale del canale carpale, poi escissa lateralmente fino ai bordi sani della fascia superficiale



TECNICA

Si asportano i septa intermetacarpali fino alle espansioni retinacolari degli spazi interdigitali ed alle espansioni natatorie a liv delle MF

Rimozione totale della bandelletta pretendinea digitale fino alla IPP

Resecati i cordoni adesi alle pulegge, alla guaina dei flessori, sul leg. di Landsmeer





CHIUSURA CUTANEA

- *Sutura diretta*
- *Innesti di cute*
- *Lembi locali*
- *Epitelizzazione spontanea*

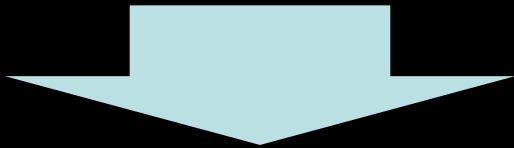
Mai sutura in tensione!!! Cicatrizzazione ipertrofica



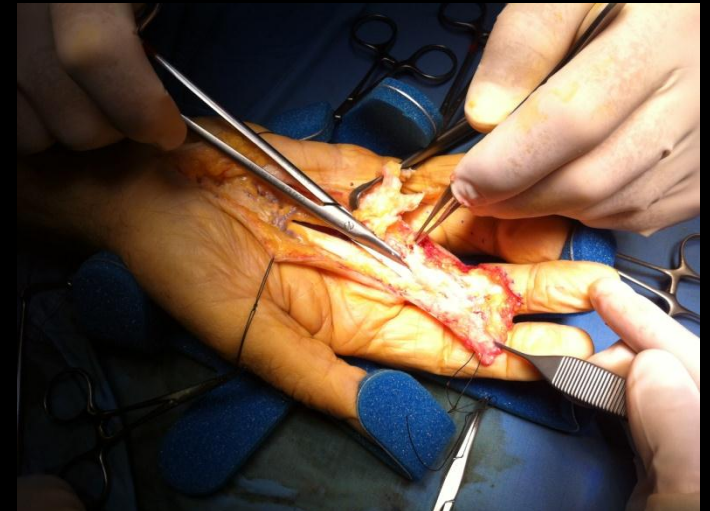
1. CORREZIONE MF

In associazione al tessuto patologico:

- *Retrazione della guaina fibrosa dei tendini flessori*
- *Retrazione dei legamenti metacarpo-glenoidei*
- *Retrazione dei tendini dei muscoli interossei*
- *Retrazione del tendine del m. abduktore del 5 dito*

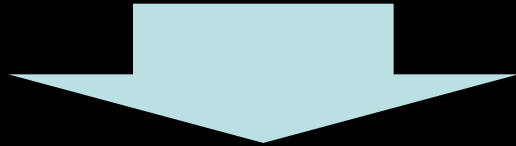


- *Incisioni sulla guaina fibrosa*
- *Sezione dei leg. Metacarpo -glenoidei*
- *Tenotomia del t. del m.ab. Del 5*
- *Tenotomia dei m.interossei*



2. CORREZIONE IPP

- *Retrazione guaina fibrosa t. flessori*
- *Retrazione dei leg. stabilizzatori della placca volare "check-reins" e dei leg. falango.-glenoidei*
- *Retrazione del tendine flessore superficiale*
- *Retrazione del leg. retinacolare trasverso con aderenze ai leg. collaterali interfalangeo e falango-glenoideo*



- *Incisioni sulla guaina fibrosa dei tendini a livello della IPP*
- *Incisioni laterali alla base della guaina fibrosa alla IPP rispettando l'A2*
- *Sez. dei leg. Stabilizzatori della placca volare*
- *Sezione dei leg. Falango-glenoidei*
- *Sez. placca volare*
- *Tenotomia flex superficiale*
- *Release leg. Retinacolare trasverso*



3. CORREZIONE IPD

*Tenotomia apparato estensore per
correggere l'iperestensione dell'IPD*



TECNICA

TECNICA DI ESTENSIONE CONTINUA DELLE DITA



Caso clinico di altra sede

*Una trazione continua ed opposta alla
contattura in flessione con l'uso di FEA*

TRATTAMENTI NON CHIRURGICI

FASCIOTOMIA CON AGO PERCUTANEO:

Questa tecnica utilizza uno speciale ago per tagliare il cordone. Lo strumento viene inserito nel palmo o nel dito per sezionare i tessuti e fare in modo che il dito torni dritto e funzionante.



"Caso clinico di altra sede"

TRATTAMENTI NON CHIRURGICI

RADIOTERAPIA:

In pazienti ai primi stadi della malattia.

Lo scopo è di prevenire, o almeno ritardare, la necessità di un intervento chirurgico ammorbidendo i tessuti coinvolti.



TRATTAMENTI NON CHIRURGICI

Hueston nel 1971 con la dizione di fasciotomia enzimatica

COLLAGENASI DI CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM:

È un approccio non chirurgico che prevede l'impiego di speciali enzimi iniettati direttamente nel cordone. Tali enzimi sono in grado di degradare il collagene e rompere, così, il cordone. L'iniezione è seguita da una particolare procedura con cui il medico estende il dito interessato dalla malattia, fino a rompere il cordone. (Foucher '98)



RECIDIVE

Dal 10 al 70%

Più frequenti nei paz con maggiori fattori locali e generali associati

*Recidiva chirurgica:
rec con retrazione che
necessita l'intervento*

*Recidiva istologica:
rec. Senza retrazione*



Huetson : nonostante la dermofascectomia recidive nel 25%

DIFFICOLTA'

Non sempre è facilmente identificabile un piano di clivaggio tra sottocute e aponeurosi palmare

Isolamento dei rami nervosi nel tratto palmo digitale ove sono inglobati e deviati dal loro decorso

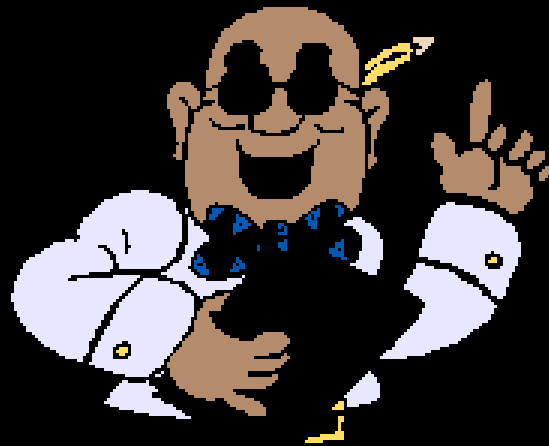


COMPLICANZE:

1. COPERTURA CUTANEA

2. INTERESSAMENTO PEDUNCOLI VASCULO NERVOSI

3. RIGIDITA' ARTICOLARI ASSOCIATE



INSUCCESSI

Distinti dalla recidiva o estensione di malattia

- *Recidiva precoce per aponeurectomia limitata*
- *Mancata correzione della deformità*
- *Interventi troppo radicali (necrosi, ematomi, bloccaggi da artrotomie dell'IPP)*
- *Pseudorecidiva: recidiva per retrazione cicatriziale o fibrosi per eccessivo scollamento o sofferenza ischemica dei tessuti*
- *Infezioni*
 - *les. Vasi o nervi*
 - *les. delle pulegge*
- *Algoneurodistrofia (importanza della componente psichica, stiramento dei nervi, immobilizzazione post-op, compressione da fibrosi postop.)*



*IMPORTANZA DELLA
COLLABORAZIONE COL*

FISIOTERAPISTA





Grazie per l'attenzione