



**INTERVENTO CHIRURGICO PER
MORBO DI DUPUYTREN:
trattamento riabilitativo
norme igienico comportamentali**

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina



Presentazione

Gentile Signore/a,

con questo opuscolo desideriamo fornirLe alcune indicazioni riguardo i comportamenti più idonei da adottare nella fase post-chirurgica del percorso da Lei intrapreso.

Molte informazioni Le saranno già state fornite dal chirurgo ortopedico, altre Le risulteranno nuove.

Lo scopo è quello di aiutarLa nel percorso di riabilitazione che si trova ad affrontare, prevenire alcune possibili complicanze e facilitare il recupero funzionale post-operatorio.

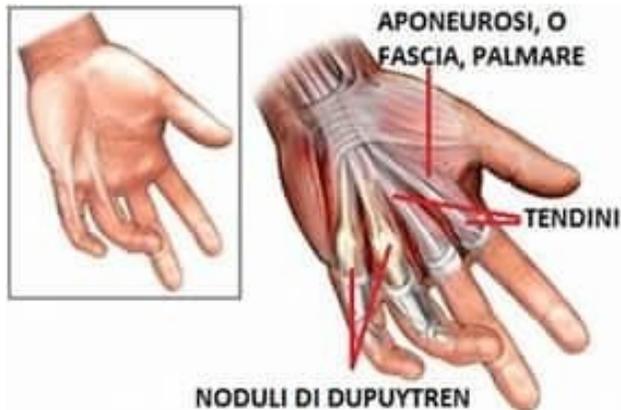
CENNI DI ANATOMIA

La malattia di Dupuytren è un processo proliferativo a carico dell'aponeurosi palmare media e delle sue espansioni digitali. È caratterizzata dalle retrazioni nodulari del palmo e la progressiva flessione delle dita che alterano la funzionalità della mano. Questa patologia prevede una proliferazione fibrotica cronica e benigna, che colpisce prevalentemente le articolazioni metacarpo-falangee e interfalangee prossimali, soprattutto del IV e del V dito. Con il progredire della patologia, si verifica la retrazione della capsula e dei legamenti, con conseguente deformità irriducibile negli stadi più avanzati e retrazione delle dita che provoca una limitazione in flessione.



Fattori predisponenti la malattia di Dupuytren

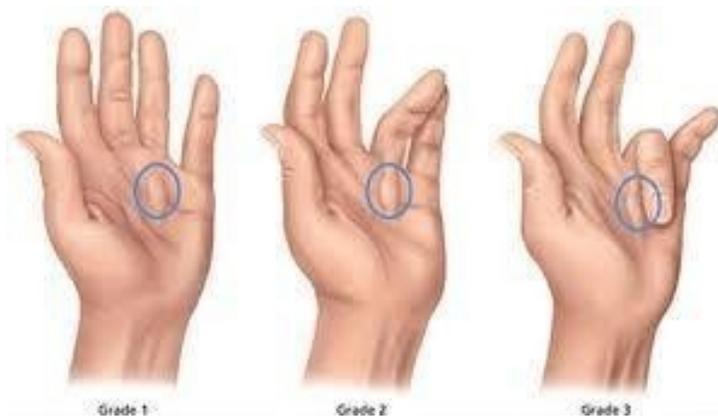
La malattia di Dupuytren è più diffusa nel sesso maschile e colpisce circa il 4% della popolazione; tale percentuale arriva fino al 20% di incidenza nei soggetti intorno ai 65 anni.



Riguardo le cause della compromissione dell'aponeurosi palmare sono state formulate diverse ipotesi nel corso degli ultimi anni; fra le più accreditate troviamo i microtraumi ripetuti, soprattutto in ambito lavorativo, così come l'esposizione a vibrazioni. Altri fattori predisponenti sono il fumo e il consumo di alcolici, oltre che l'età. Inoltre, patologie dismetaboliche, quali diabete e iperlipidemia, costituiscono fattori di rischio insieme a epilessia e neoplasie. Attualmente è riconosciuta anche una trasmissione genetica autosomica dominante che aumenta in proporzione con l'età, e alterazioni molecolari in ambito di citochine e fattori di crescita. Infine, anche la pratica di alcuni sport come l'arrampicata sembra predisporre a questa patologia.

Evoluzione

La patologia di Dupuytren generalmente non determina dolore. A seconda dello stadio, tuttavia, causa alterazioni funzionali: infatti, dopo una prima fase di esordio, iniziano a comparire le deformità articolari, fino a quando si ha una vera e propria retrazione rigida che provoca complicanze funzionali. Tali complicanze si esprimono sia a livello cutaneo che articolare, e possono determinare l'impossibilità di movimento del dito colpito, fino ad ostacolare le attività manuali e la prensione.



FASE PRE-OPERATORIA

La buona riuscita di un intervento, oltre che da un corretto atto chirurgico, dipende anche da un corretto percorso di avvicinamento all'intervento stesso. Infatti, è importante arrivare all'intervento chirurgico con la condizione tissutale migliore possibile.

Per questo motivo si consiglia:

- di evitare sforzi in flessione delle dita e in chiusura del palmo della mano (specialmente se devono essere protratti nel tempo)
- di ridurre la movimentazione di carichi e lo spostamento di pesi, che possono verificarsi sia nell'attività lavorativa sia durante le attività della vita quotidiana (come il sollevamento delle borse della spesa)
- di ridurre il più possibile le prese in chiusura e il mantenimento di tale postura.

Già in questa fase si può procedere con esercizi autosomministrati di stretching muscolare, utilizzando la mano controlaterale, per migliorare la mobilità e l'elasticità dei tessuti.

Valutazione Pre-Operatoria

Nella valutazione pre-operatoria verrà misurato il movimento attivo e passivo delle dita (Range Of Movement – ROM) e della forza muscolare e verranno somministrati alcuni questionari e scale di valutazione per verificare gli effetti della patologia sulla qualità della vita e sulle attività della vita quotidiana; verrà indagata anche l'eventuale sintomatologia algica. Tutti i parametri citati verranno valutati anche nel post-operatorio e al momento dell'inizio e della fine del trattamento riabilitativo.

Assistenza riabilitativa pre-operatoria

Prima di un intervento chirurgico per questa patologia può essere indicata una valutazione fisioterapica per garantire:

- Informazione del paziente riguardo le varie fasi e i tempi della riabilitazione post-operatoria
- Educazione in ambito ergonomico per le posture corrette da mantenere, da evitare o da ridurre il più possibile
- Educazione agli sforzi e alla movimentazione di carichi
- Allungamento fasciale e stretching muscolare

FASE POST-OPERATORIA

Il trattamento chirurgico, valutato caso per caso dal chirurgo ortopedico, prevede, nella maggior parte dei casi, l'aponeurectomia selettiva, ovvero la rimozione del tessuto fibroso macroscopicamente alterato nel palmo e/o nelle dita.

Si tratta di una metodica relativamente invasiva che richiede un'incisione sul palmo della mano.

Trattamento riabilitativo

La riabilitazione dopo l'intervento chirurgico ha come obiettivi il recupero funzionale della mano nelle attività unilaterali e bimanuali, il ripristino delle prese e delle pinze, il rinforzo muscolare, il recupero dell'escursione di movimento e l'allungamento muscolare e fasciale. La riabilitazione mira anche a migliorare gli aspetti riferiti come più difficili dal paziente, in ambito di gesti per la cura personale o di utilità quotidiana, gesti legati all'attività lavorativa e gesti legati all'attività del tempo libero. Infine, si tiene anche conto dell'importanza "sociale" della mano nelle interazioni interpersonali e delle eventuali problematiche di tipo estetico o relazionale.

Fra gli obiettivi è compresa anche una componente di educazione al paziente in termini di:

- gestione della sintomatologia dolorosa
- esercizi di autotrattamento
- esercizi di autoallungamento
- autotrattamento della cicatrice e della ferita chirurgica ed eventualmente dell'edema post-operatorio.

Inoltre, vengono sempre fornite istruzioni per quanto concerne le norme igienico-comportamentali da seguire ed eventualmente indicazioni sull'utilizzo delle ortesi se prescritte dal chirurgo ortopedico.

L'approccio riabilitativo mira, inoltre, alla prevenzione di eventuali recidive e ha lo scopo di prevenire la progressione della patologia, che sappiamo avere una connotazione recidivante e progressiva.

Il programma riabilitativo post-operatorio inizia, nel rispetto dei tempi indicati dal chirurgo ortopedico, entro circa una settimana dall'intervento chirurgico a seguito della valutazione clinica da parte del fisiatra.

Il percorso più idoneo per il paziente verrà stabilito in base alle sue condizioni cliniche, funzionali e sociali, prendendo in considerazione anche la compliance al trattamento riabilitativo.

Sottolineiamo che ogni persona costituisce un quadro clinico a sé stante, pertanto il trattamento riabilitativo va definito in modo specifico e personalizzato. Proprio per questa unicità, bisogna evitare confronti con altri pazienti.

Il programma individuale viene strutturato in base alle necessità del singolo paziente; dipende dal tipo di intervento chirurgico che è stato realizzato, dall'età, dalle condizioni cliniche e dalle indicazioni del chirurgo ortopedico che ha eseguito l'intervento.

All'interno del programma riabilitativo saranno eseguiti esercizi di mobilizzazione selettiva delle dita e generalizzata includendo polso e gomito, rinforzo muscolare, anche con *theraband*, stretching muscolare e risoluzione delle restrizioni miofasciali, trattamento della ferita chirurgica per prevenire eventuali retrazioni, eventuale utilizzo di

kinesiotaping, trattamento dell'edema post-operatorio, recupero funzionale, ripristino delle attività manuali e delle prese terminali, termino-laterali e pinze, educazione ergonomica.

Il fisioterapista, inoltre, fornirà le indicazioni riguardo i movimenti e le posizioni da evitare per non compromettere la guarigione della cicatrice ed insegnerà gli esercizi da eseguire autonomamente sia durante il ciclo riabilitativo sia al suo termine, finalizzati al mantenimento di una buona funzionalità.

NORME IGIENICO COMPORAMENTALI

Oltre al percorso riabilitativo specifico, è importante ricordare che ci sono una serie di accorgimenti comportamentali da seguire.

Innanzitutto, bisogna prestare attenzione alle prese in chiusura, soprattutto se vengono mantenute a lungo; per questo motivo è da evitare l'utilizzo della bicicletta o della moto almeno nei primi tempi, ed è necessario prestare particolare accortezza alla guida dell'automobile.

Vanno evitate in generale le posture in flessione delle dita e in chiusura del palmo e l'esecuzione di sforzi, come la movimentazione di carichi pesanti o il sollevamento di pesi.

I lavori domestici pesanti devono essere evitati per le prime settimane dall'intervento.

In ogni caso, è importante osservare quanto indicato dal chirurgo ortopedico.



Igiene della ferita chirurgica

È importante osservare i tempi di guarigione della ferita chirurgica, realizzando le adeguate medicazioni come da indicazione del personale infermieristico. Si ricorda di evitare di bagnare la ferita chirurgica fino alla rimozione dei punti di sutura e fino al raggiungimento della completa cicatrizzazione, onde evitare infezioni.

È molto importante evitare movimenti e sforzi che vadano verso il senso di apertura della cicatrice stessa, e al contrario favorire la collisione dei lembi anche con un lieve automassaggio; in questo modo è possibile anche agevolare lo scorrimento tissutale, come visto insieme al fisioterapista.

Per la gestione della sintomatologia dolorosa e dell'edema post-operatorio può essere indicata la crioterapia (borsa del ghiaccio avvolta in un panno asciutto) in prossimità della cicatrice, se dà sollievo, per un massimo di 15 minuti, alternando l'applicazione ad una pausa (5' con, 5' senza) anche più volte durante il giorno.

Dopo circa dieci giorni dall'intervento chirurgico si procede con la rimozione dei punti di sutura, e anche in questo caso è importante seguire le indicazioni riguardo la medicazione in modo da non contaminare la ferita né pregiudicare la sua reale guarigione.

Utensili e attrezzi

Esistono specifiche modifiche da poter apportare agli oggetti di uso comune e quotidiano, almeno nell'immediato post-operatorio, che prevedono la variazione della presa o della impugnatura in modo da non esercitare lo sforzo in flessione delle dita e la chiusura del palmo della mano.



PROGRAMMA DI ESERCIZI

Ecco qui di seguito un programma di esercizi che potrà essere eseguito in regime domiciliare da parte del paziente in autonomia, dopo un adeguato addestramento da parte del fisioterapista e la progressiva pratica durante le sedute di fisioterapia.

Ricordiamo, infatti, che l'esercizio attivo permette di incrementare la funzionalità della mano e di prevenirne le rigidità; inoltre, riduce la

componente infiammatoria e la proliferazione tissutale. Si tratta dello strumento migliore per responsabilizzare il paziente e permette il raggiungimento degli outcome desiderati in tempi più rapidi.

In aggiunta al programma di esercizi attivi, si propone anche un approccio di autotrattamento manuale di ricondizionamento della fascia e stretching muscolare, anche in questo caso a seguito di un addestramento da parte del fisioterapista.

Inoltre, è fondamentale anche il trattamento della cicatrice e il trattamento dell'eventuale edema post-operatorio.

1 Mani giunte verso l'alto

Mantenere le mani giunte con le dita e i palmi adesi l'un l'altro, tenendo i polsi in estensione (circa ad angolo retto). Può essere utile appoggiarsi ad una superficie piana con gli avambracci. Mantenere la posizione per circa 20 secondi.



2 Mani giunte verso il basso

La posizione è la medesima dell'esercizio precedente ma in questo caso le dita sono rivolte verso il basso, non si appoggiano gli avambracci e i polsi vanno mantenuti in estensione.

Mantenere la posizione per circa 20 secondi.



3 Dorso contro dorso verso il basso

Appoggiare il dorso di una mano contro quello dell'altra mano, mantenendo le dita estese. Gli avambracci non sono in appoggio ma risultano allineati fra loro. Mantenere la posizione per circa 20 secondi.



4 Appoggio contro il muro

Appoggiare il palmo della mano al muro mantenendo il gomito esteso e il polso in estensione. Mantenere la posizione per almeno 20 secondi; se la tensione si riduce provare ad aumentare l'estensione abbassando la mano rispetto alla spalla



5 Posizione a dita intrecciate

Mantenere le dita intrecciate fra loro con i palmi delle mani a contatto. In questo caso i polsi si trovano in estensione e come per l'esercizio 1 può essere utile tenere gli avambracci in appoggio ad una superficie piana. Mantenere la posizione per circa 20 secondi.



6 Posizione a dita intrecciate con gli avambracci

uniti

Questa posizione è la medesima dell'esercizio precedente ma in questo caso mantenendo gli avambracci uniti in appoggio su una superficie piana. Mantenere la posizione per circa 20 secondi.



7 Triplice flessione di un dito alla volta con mano a taglio

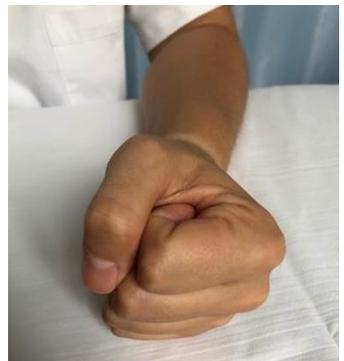
Mantenendo la mano a taglio in appoggio su una superficie piana, flettere tutte e tre le articolazioni di un dito alla volta (anche delle dita non coinvolte dall'intervento chirurgico). Ripetere 10 volte la sequenza.



8 Pugno

Chiudere la mano a pugno e mantenere la posizione per 20 secondi senza sforzare la posizione.

È possibile variare la posizione della mano: pronata, supinata e a taglio.



9 Pugno con il pollice all'interno

Chiudere la mano a pugno con il pollice incarcerato all'interno; come nell'esercizio precedente è possibile variare la posizione della mano. Mantenere la posizione per 20 secondi.



10 Flessione selettiva dell'articolazione MF a IF estese

Flettere l'articolazione metacarpo-falangea mantenendo le dita estese un dito alla volta. Può essere utile mantenere la mano in a taglio in appoggio su una superficie piana. Ripetere 10 volte.



11 Estensione selettiva dell'articolazione MF a IF estese

Estendere l'articolazione metacarpo-falangea, mantenendo le dita estese un dito alla volta. Mantenere il palmo in appoggio su una superficie piana. Ripetere 10 volte.



12 Abduzione-adduzione delle dita

Allontanare le dita le une dalle altre e poi unirle, mantenendo il palmo della mano in appoggio su una superficie piana. Ripetere 10 volte.



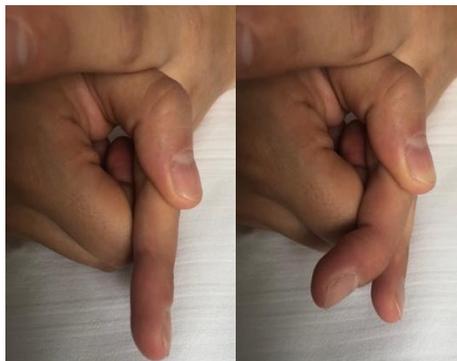
13 Flessione selettiva IFP

Flettere l'articolazione interfalangea prossimale, mantenendo le articolazioni metacarpo-falangea e interfalangea distale estese. Ripetere 10 volte tenendo la mano a taglio in appoggio al tavolo.



14 Flessione selettiva IFD

Flettere l'articolazione interfalangea distale, bloccando le altre con la mano controlaterale. Ripetere 10 volte per ogni dito, tenendo la mano a taglio in appoggio al tavolo.



15 Pinze

Realizzare la pinza tra ogni dito e il pollice.
Ripetere 10 volte per ogni dito.



16 Prono-supinazione dell'avambraccio

Prono-supinare l'avambraccio, rivolgendo il palmo della mano verso l'alto e verso il basso, tenendo il gomito in flessione. Ripetere 10 volte.



17 Flessione del polso a dita estese

Flettere il polso mantenendo le dita in estensione. Tenere l'avambraccio in appoggio al tavolo e la mano a taglio. Ripetere 10 volte.



18 Estensione del polso a dita flesse

Estendere il polso con l'avambraccio in appoggio e la mano a taglio mantenendo le dita flesse. Ripetere 10 volte.



19 Movimento combinato

Partendo con la mano in appoggio e le dita unite, flettere le articolazioni metacarpo-falangee, poi estendere il polso e staccare le dita e infine abduarre le dita. Poi tornare alla posizione di partenza in appoggio a dita unite. Ripetere 10 volte.



**NB: GLI ESERCIZI VANNO ESEGUITI SOLO DOPO
ADDESTRAMENTO DA PARTE DEL FISIOTERAPISTA**

NOTA

Questo opuscolo riporta le informazioni valide al momento della stampa e viene periodicamente aggiornato. Tra un'edizione e l'altra potrebbero però intervenire modifiche nell'operatività



Redatto Comunicazione, Relazioni esterne aziendali, Ufficio stampa,
ASUGI su testi ed immagini forniti dal Direttore della Struttura
Complessa di Riabilitazione dott.ssa Valentina Pesavento.

L'opuscolo è frutto di un progetto condiviso con la S.C. Ortopedia e
traumatologia.

Si ringraziano per la cortese collaborazione:

Gaia Bozzo laureanda C.d.L. in Fisioterapia, UNITS

Matteo Millevoi Fisioterapista - S.C. di Riabilitazione