kubeitalia.it

magazine

StObene

Informazione, salute e benessere

Anno XII - Numero 2 - Giugno · Luglio · Agosto 2022

Estate

colore e relax

CELLULITE

CAUSE E RIMEDI DI QUEL FASTIDIOSO DISTURBO

LA CONQUISTA DI

UNA PELLE BELLA E SANA

COMINCIA A TAVOLA

LA FARMACIA

E LE SUE INNOVAZIONI

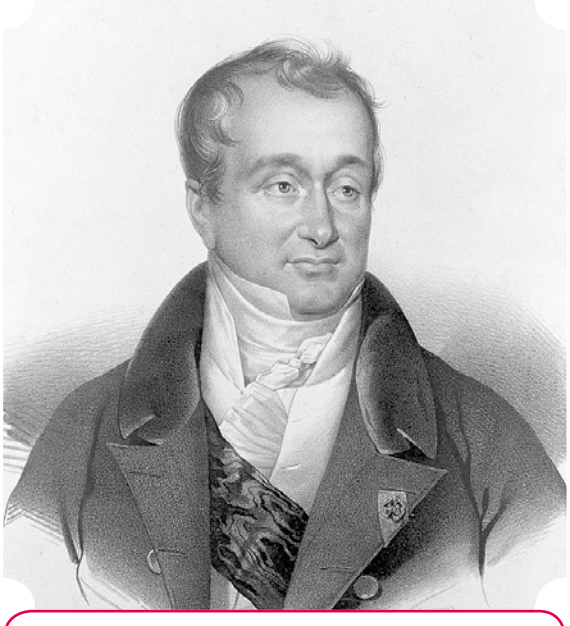
LE RISPOSTE DEGLI SPECIALISTI - EVENTI - RUBRICHE - NEWS

LA MALATTIA DI DUPUYTREN

Si tratta di una patologia fibro-proliferativa non molto rara, ma che è abbastanza sconosciuta ai più, compreso a molti medici di famiglia.

Prende il suo nome da un illustre chirurgo francese, il **barone Guillaume Dupuytren**, vissuto alla fine del '700, primario nel più antico ospedale di Parigi -l'Hotel Dieu-, ancora oggi in attività.

Il medico era molto conosciuto, all'epoca, anche per aver operato di emorroidi Napoleone Bonaparte.
Ha individuato e descritto l'origine anatomica della malattia che poi da lui ha preso il nome, e della quale era affetto il suo cocchiere e stalliere.



BARONE GUILLAUME DUPUYTREN

La malattia di Dupuytren è un'affezione che interessa il palmo della mano: la retrazione dell'aponevrosi palmare.
È quella formazione anatomica che consente di tenere sempre aderente, ai piani sottostanti, la cute della zona prensile della mano, proprio quando viene chiusa a pugno.

Se non fosse presente l'aponevrosi palmare avremmo il cosiddetto "effetto guanto". Per meglio capire: se indossiamo un guanto e poi chiudiamo le dita, la stoffa dell'indumento, dalla parte del davanti, non resta mai perfettamente aderente alla pelle, ma se ne distacca. Lo stesso effetto avrebbe la pelle dell'incavo della mano: collocandosi "a ponte", se ne distaccherebbe dal fondo.

La malattia di Dupuytren, chiamata anche **fibromatosi palmare**, ha una evoluzione lenta e non sempre prevedibile. Infatti, in alcuni casi più rari, il nodulo iniziale può regredire spontaneamente. Soltanto negli stadi più avanzati diventa invalidante perché impedisce la corretta chiusura della mano.

Un dito (più frequentemente il quarto), o più dita, arrivano al punto di piegarsi progressivamente e bloccarsi stabilmente in una posizione non fisiologica. E sempre più si accosteranno al palmo, fino ad addossarsi completamente su di esso, senza potersi più estendersi.

L'affezione fa parte di un grosso raggruppamento di malattie chiamate fibromatosi (collagenopatie), ha una genesi sconosciuta, anche se oggi è accertato che a causare la sua insorgenza possa essere coinvolta una predisposizione genetica (trasmessa con il gene □-TGF) e/o familiare.

È più frequente nei soggetti diabetici, epilettici, fumatori accaniti, con malattie del fegato. In passato da molti autori era sostenuto il nesso causale della malattia con traumatismi professionali ripetuti (ciabattini, manovali, carpentieri, ecc.), ma negli ultimi anni si è appurato che tale dato è statisticamente non valido.

Esiste una manifestazione simile anche per la pianta del piede, denominata malattia di Ledderhose, e seppur raramente si può essere affetti anche da entrambe le patologie.

Il più delle volte il nodulo primario viene considerato una lesione elementare banale, trascurabile, e qualche volta viene confuso con una cisti. Comunque, spesso viene valutato non essere degno di ulteriori controlli. In genere viene minimizzato perché non viene riconosciuto.

È molto più frequente nel sesso maschile, ed in genere interessa una sola mano, anche se in una certa percentuale di casi può essere presente in entrambi i palmi. La recidiva della malattia, dopo l'intervento chirurgico, avviene statisticamente con una percentuale del 20 %.

All'inizio della malattia (al cosiddetto stadio zero) si nota la comparsa al palmo della mano di un piccolo nodulo, un ammasso di tessuto compatto, aderente alla pelle e, più profondamente, all'aponevrosi palmare. In genere non è dolente, e può restare piccolo e silente anche per molti anni.

Da questo primo stadio (N ovvero nodulo, o stadio zero) il nodulo primitivo contrae la pelle a formare una "ombelicatura" cutanea al palmo della mano o, più raramente, soltanto digitale, determinando una trazione sulla pelle che sta sopra di esso e vi aderisce.

Successivamente si passa a progressivi e crescenti condizioni di aggravamento della malattia, dallo stadio 1, secondo la classificazione di Tubiana – Michon del 1960 (cioè dito in flessione a 45 gradi rispetto al piano digitale), fino allo stadio 3 (flessione a 145 gradi), per ognuno dei quali si palesa, più o meno precocemente, una progressiva retrazione della corda tendinea che flette sempre più il dito sofferente all'articolazione metacarpo-falangea, fino alla chiusura completa di esso sul palmo (stadio 4 di flessione: 180 gradi cioè dito completamente adagiato sul palmo).

Tale condizione diviene molto più complessa da operare e, dopo l'inevitabile intervento chirurgico, non sempre si potrà avere una soddisfacente risoluzione finale della regolare prensilità della mano, che non potrà mai più ridiventare normale e fisiologica.

TRATTAMENTO

Ancora oggi il trattamento di elezione è l'escissione chirurgica del nodulo con la dissezione meticolosa di tutte le più piccole corde fibrose di tessuto collagene vicine ad esso.

L'intervento non deve essere effettuato troppo precocemente, perché come già sottolineato, il nodulo non in accrescimento (stadio zero o N) può restare in tale stato anche per tutto il resto della vita, senza mai più dar segno di sé.

Tuttavia, è importante non agire con ritardo, quando le aderenze connettivali, le retrazioni cicatriziali e, nei casi più avanzati, le anchilosi (i blocchi) articolari, renderebbero difficile una piena ripresa funzionale dei movimenti delle dita affette dalla malattia.

La tecnica operatoria più utilizzata è l'aponevrectomia selettiva, cioè la dissezione accurata e l'asportazione chirurgica meticolosa di tutti i fascicoli fibro-cicatriziali presenti nella corda tendinea nella parte di fascia palmare interessata, e attorno al nodulo.

Si esegue in genere in anestesia periferica al plesso brachiale o, più raramente, in anestesia generale.
Un'altra tecnica operatoria cosiddetta mininvasiva, meno utilizzata, è l'aponevrectomia percutanea o ad ago. È indicata esclusivamente nei casi di patologia meno avanzata.

In anestesia locale, si trapassa la cute con un ago di piccolo calibro, e contemporaneamente l'operatore estende passivamente e gradualmente il dito.

A conclusione di questa breve presentazione circa possibili tecniche interventistiche, vi è da aggiungere che da alcuni anni sono venuti alla luce alcuni nuovi farmaci nati per evitare l'intervento chirurgico, la cosiddetta aponevrectomia enzimatica.

Si tratta dell'impiego di particolari enzimi, ricavati dal Clostridium Hystolyticum (nome commerciale: Xiapex®), che si introducono localmente con aghi non molto lunghi.

Le sostanze iniettate hanno la capacità di lisare, cioè digerire, specificamente e miratamente soltanto i tralci connettivali fibrosi compromessi nella malattia di Dupuytren, e dopo 24 - 48 ore dall'iniezione locale, con una manovra delicata ma decisa, si distende manualmente il raggio digitale interessato dalla malattia.

Questa nuova tipologia di farmaci enzimatici avevano acceso grandi speranze di poter essere ottimamente e/o alternativamente affiancati alla chirurgia, ma a distanza di alcuni anni dalla loro applicazione si sono osservati parecchi lati negativi nel loro utilizzo, e comunque è possibile utilizzare tale digestione enzimatica farmacologica molto limitatamente, per stadi non molto avanzati della malattia, soltanto tra non oltre il primo ed il secondo stadio (angolo di flessione del dito non oltre 60 gradi).

RIABILITAZIONE POST-OPERATORIA

È una componente importante e complementare al trattamento chirurgico o enzimatico.

Riattiva più velocemente la funzionalità della mano, riduce l'edema dovuto all'intervento chirurgico e limita le possibili complicanze post-operatorie.

Deve iniziare precocemente, a partire dalla quinta giornata, e prevede come atto principale la mobilizzazione attiva e passiva delle dita della mano e del polso, senza cagionare mai alcuna tensione sulla cicatrice.
Tali esercizi possono essere coadiuvati dall'integrazione di terapia fisica appropriata, quali ultrasuoni o magnetoterapia.

Dott. **Salvatore Comitini**
Chirurgo plastico
Catania