

# FASCIOTOMIA PERCUTANEA CON AGO NEL TRATTAMENTO DI CASI SELEZIONATI DI MORBO DI DUPUYTREN

R. CEFFA

Azienda Ospedaliera di Legnano – Presidio Ospedaliero di Magenta

---

CORSO DI ISTRUZIONE: IL MORBO DI DUPUYTREN

---

## Premesse

Il trattamento percutaneo del morbo di Dupuytren trova diffusione a partire dagli anni '70 quando Reumatologi (1) poi Chirurghi della Mano (2) francesi, riferiscono ottimi risultati con poche complicanze su casistiche significative. Da allora la Fasciotomia Percutanea con Ago (FPA) da un lato si è molto diffusa (utilizzando anche i moderni mezzi di comunicazione: networks, YouTube, ecc.), dall'altro è ancora vista con diffidenza per il timore di complicanze e recidive (media del 50% dopo 3-4 anni nelle diverse casistiche).

In questa sede riferisco ciò che l'esperienza personale, iniziata nel 1995 (3) mi ha insegnato in merito.

## INDICAZIONI

In accordo con gli Autori di riferimento (2, 4) e con le linee guida disponibili (5) la FPA risulta indicata nelle seguenti situazioni, diversamente combinate:

- *Corda aponeurotica palmare* (o palmo digitale solo se IFP estensibile a MF flessa), ben definita, con cute poco aderente.
- Quando un *intervento aperto è problematico o controindicato o rifiutato*:
  - condizioni generali compromesse, grande anziano, difficoltà al nursing della ferita;
  - necessità di ritorno immediato alle attività lavorative o abituali, uso obbligato di stampelle;

- specifica richiesta di chirurgia mini-invasiva, senza trattamenti post-operatori;
- preparazione ad intervento aperto: Stadio IV e/o problematiche locali (pieghe macerate, cute gravemente retratta);
- contemporaneità di altri interventi alla stessa mano o alla controlaterale.

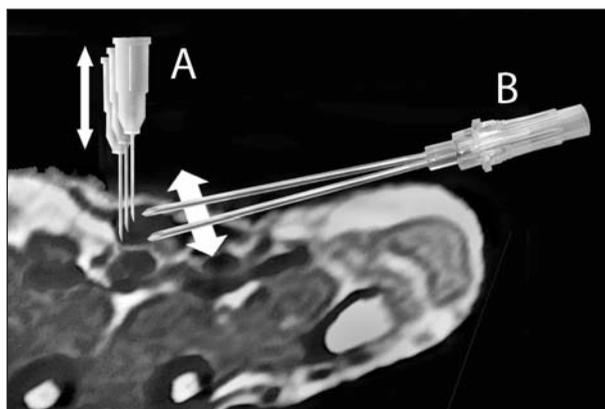
Controindicazioni sono:

- malattia estesa e infiltrata, corde non ben definite, prevalenza digitale;
- recidiva di FPA molto recente (<6 mesi) e/o estensione digitale;
- pseudorecidiva di intervento aperto, con retrazione cutanea cicatriziale;
- casi gravi e inveterati con rigidità o anchilosi articolare.

L'intervento è anche sconsigliato, a meno di situazioni particolari, in pazienti giovani (< 50 anni).

## TECNICA

In regime di Day Hospital, campo sterile e anestesia locale prossimo-distale, un ago da 14G è introdotto tangenziale al palmo (Fig. 1); con il tagliente parallelo al palmo si esegue lo scollamento tra cute e aponeurosi nelle sedi di forti aderenze e ombelicate, poi con il tagliente perpendicolare alla corda si eseguono lievi e cauti movimenti trasversali, da profondi a superficiali, per interrompere le fibre sulla guida delle sensazioni tattili che si accompagnano alla recisione delle resistenti fibre aponeurotiche. Dopo aver ripetuto la manovra a più livelli si esercita



**Figura 1.** Simulazione di fasciotomia percutanea su immagine RM di Malattia di Dupuytren (ben visibile la corda patologica, i tendini flessori e le vicine strutture vascolari). A) Uso di ago sottile con penetrazione perpendicolare alla cute e movimento a stantuffo (preferito in ambito reumatologico). B) Uso di ago robusto con penetrazione tangenziale e movimento oscillante da profondo a superficiale (preferito dai Chirurghi della Mano).

una lieve estensione forzata del dito fino alla massima correzione possibile. Una semplice medicazione è lasciata per 24 ore e il paziente è sollecitato a uso e mobilizzazione immediata della mano.

Con le indicazioni presentate non è necessario estendere la FPA a livello digitale; ciò è comunque possibile solo in condizioni di assoluta sicurezza: corda centrale, ben palpabile, senza sottocute (possibile localizzazione del nervo digitale in corda spirale).

Una steccatura in estensione (da rimuovere più volte nella giornata) è applicata solo in caso di formazione del “diamante” (piccola lacerazione superficiale di cute sottile e aderente che da trasversale diventa longitudinale con la distensione); steccatura e medicazione si protraggono per 1 o 2 settimane fino a completa riepitelizzazione.

A costo molto basso, l'intervento (ICD 82.12) porta allo stesso DRG (229) del trattamento aperto (controvalore medio sul territorio nazionale: 1200€).

## RISULTATI IMMEDIATI E COMPLICANZE

I dati della casistica personale riguardano 213 pazienti operati dal 1995 al 2010: 296 mani, 382 raggii (53,1% stadio I, 29,9% stadio II, 13,1% stadio III e

3,9 % stadio IV). Tutti i casi trattati vengono rivalutati dopo risoluzione dell'anestesia locale.

L'indice di miglioramento medio (gradi iniziali meno gradi ottenuti diviso gradi iniziali x100) è stato del 93,1%, corrispondente ad un incremento medio di 36° di estensione.

Va segnalata l'assenza di complicanze maggiori (lesioni iatrogene tendinee o vascolo-nervose o dolore locale persistente); 10 casi (3,4%) di complicanze minori (5 casi di ipoestesia risoltasi in alcuni giorni, 1 caso di ischemia risoltasi in alcune ore, 4 casi di infezione superficiale per scarsa igiene guariti con terapia antibiotica); 24 (8,1%) i casi di lacerazione a “diamante” riepitelizzatasi in pochi giorni con effettivo guadagno cutaneo (*Diamond-plasty*).

## MANTENIMENTO DEI RISULTATI

In figura 2 è presentato l'andamento del risultato nel tempo: non è stata ricercata la percentuale di recidive al momento del controllo, ma il tempo dall'intervento in cui la recidiva è comparsa (definendo recidiva la perdita di 20° di estensione rispetto al risultato post-operatorio).

Sono persi al controllo 30 pazienti (14,1%) ed esclusi i trattamenti con follow up minore di 1 anno (massimo 12,7 anni; medio 4,7); lo studio è quindi relativo a 225 mani in 151 pazienti. I controlli sono stati effettuati da persona (17 telefonicamente); in 38 casi era sopravvenuto il decesso, ma le informazioni sul mantenimento del risultato sono state comunque riferite dai parenti.

A parte 43 casi di estensione della malattia, lo studio individua reali recidive del 39% dei casi entro i 5 anni, quindi il risultato tende a stabilizzarsi e a mantenersi nel tempo.

L'analisi dei fattori individuali di rischio di recidiva (“diatesi” di Hueston) individuano solo una maggiore tendenza (non statisticamente significativa) nei casi di documentata familiarità.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Nella consapevolezza che la Malattia di Dupuytren non è realmente curabile, quindi con l'obiettivo di restituire la funzione, la tecnica di FPA è effi-

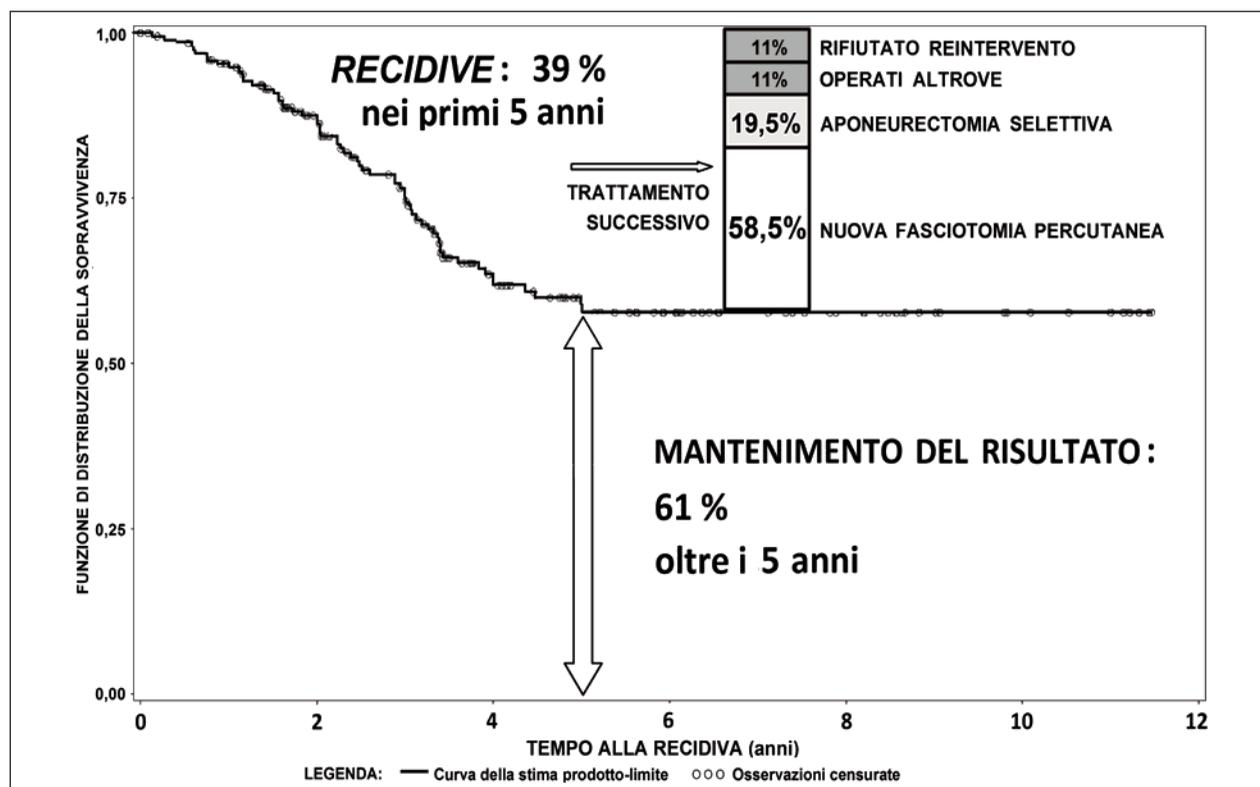


Figura 2. Mantenimento dei risultati: tempo alla recidiva con metodo Kaplan-Meier (elaborazione dei dati realizzata presso: Unità di Statistica Medica, Dipartimento di Scienze Mediche, Università del Piemonte Orientale).

cace e relativamente semplice e sicura. Ciò a condizione che sia eseguita, con le indicazioni e le modalità descritte, da un *Chirurgo della Mano esperto di trattamento aperto*, quindi ben consapevole delle caratteristiche e dei rischi legati all'anatomia patologica della malattia.

La bontà dei risultati obiettivi è abbinata alla soddisfazione soggettiva espressa in modo corale dai pazienti (il 58,5% dei pazienti con recidiva ha scelto il reintervento percutaneo).

La probabilità di recidiva è reale (40% o superiore) e va segnalata in un consenso informato dedicato, così come la possibilità di recidiva anche dopo intervento di aponeuroctomia aperta (45% a 5 anni, > 60% a 10 anni) (6).

Per altro verso è opportuno che un Chirurgo della Mano abbia questa procedura nel proprio bagaglio di conoscenze, in quanto essa risulta effettivamente il *trattamento ideale* nelle situazioni prima elencate, ma anche in considerazione della *crescente*

*richiesta* di tale procedura da parte dei pazienti stessi, oggi sempre più informati dalla rete internet.

## BIBLIOGRAFIA

1. Badois FJ, Lermusiaux JL, Masse C, Kuntz D. Nonsurgical treatment of Dupuytren's disease using needle fasciotomy. *Rev Rhum (Ed Fr)* 1993; 60 (11): 808-13.
2. Foucher G, Medina J, Navarro. Percutaneous needle aponeurotomy: complications and results. *Journal Of Hand Surgery* 2003; 28Br: 5: 427-31.
3. Ceffa R. Aponeurotomy percutanea con ago nel trattamento in day surgery di casi selezionati di Morbo di Dupuytren. *Day Surgery* 2000; 2: 75-6.
4. Colville J. Dupuytren's contracture - The Role Of Fasciotomy. *The Hand* 1983; 15: 2: 162-6.
5. National Institute For Clinical Excellence (Nice): Needle fasciotomy for Dupuytren's contracture, Guidance Ipg 043, 2004; [www.nice.org.uk/IPG043guidance](http://www.nice.org.uk/IPG043guidance)
6. Leclercq C. Results of surgical treatment. In Tubiana R, Leclercq C, Hurst LC, Badalamente MA, Mackin EJ: *Dupuytren's Disease*. London: Martin Dunitz, 2000: 239-249.