

TRATTAMENTO CHIRURGICO PRECOCE E ATRAUMATICO: NODULECTOMIA SECONDO LUCK E FASCIOTOMIA

P. DI GIUSEPPE

Azienda Ospedaliera di Legnano – Presidio Ospedaliero di Magenta

CORSO DI ISTRUZIONE: IL MORBO DI DUPUYTREN

INTRODUZIONE

Quando visito un paziente affetto da Morbo di Dupuytren (MD) gli spiego che non esiste un trattamento causale ma solo sintomatico, in altri termini il trattamento è chirurgico correttivo, non curativo. Dovrei aggiungere anche che non esiste un trattamento preventivo.

L'indicazione all'intervento è dunque legata alla limitazione funzionale lamentata dal paziente, raramente ad altri fattori. L'intervento precoce e atraumatico sembrerebbe pertanto una contraddizione nei termini.

Rivedendo la bibliografia recente e antica su questo argomento si può osservare una evoluzione dei trattamenti "in voga" ed un continuo e vivace dibattito sull'opportunità di un trattamento più conservativo o più esteso.

Ho operato oltre mille pazienti affetti da MD e sono un sostenitore della aponeurectomia selettiva con poche eccezioni (la variabilità delle sue manifestazioni impone un approccio pragmatico, non dogmatico).

Luck nel 1956 (1) pubblicava un esteso studio sull'eziologia del MD e proponeva la "nodulectomia" attribuendole un significato preventivo sull'evoluzione. Questa visione è stata contrastata dai più ma ora assume un nuovo valore storico dopo la diffusione della fasciotomia percutanea ad ago.

La fasciotomia, a cielo chiuso o a cielo aperto, è stato il trattamento principale nel XIX secolo e dal 1957 su proposta di reumatologi francesi, de Seze e

Debeyre (2) si è diffusa la aponeurotomia percutanea praticata con un ago, suscitando ancora un interessante dibattito.

NODULECTOMIA SECONDO LUCK

Nel 1959 Luck pubblica uno studio in cui propone "un nuovo concetto della patogenesi correlato con il trattamento chirurgico" del MD. La sua attenzione è posta sul nodulo e la sua evoluzione. Stabilisce tre fasi evolutive, proliferativa, involutiva e residuale. Studia il rapporto tra il nodulo, la corda e la contrattura, stabilendo che la posizione del nodulo o dei noduli, in relazione alle articolazioni, e lo stress meccanico, determinano il grado di contrattura durante la fase involutiva del nodulo. "I noduli vanno incontro ad involuzione provocando generalmente contratture" afferma. Di conseguenza propone un trattamento chirurgico differente in relazione alla fase evolutiva: nodulectomia e fasciotomia nella fase proliferativa (la cordotomia da sola produrrà recidive). In questo modo non si avranno recidive a meno che si formino nuovi noduli. Nella fase involutiva oltre alla asportazione del nodulo occorre scollare la cute dalle corde, prossimali e distali, e praticare cordotomie sottocutanee a più livelli. Nella fase residuale non esistono noduli, si ricorre a trattamenti diversi, dalla cordotomia alla aponeurectomia. Secondo Luck la fasciotomia sottocutanea va limitata al palmo, ed è indicata laddove i noduli sono parzialmente o totalmente involu-

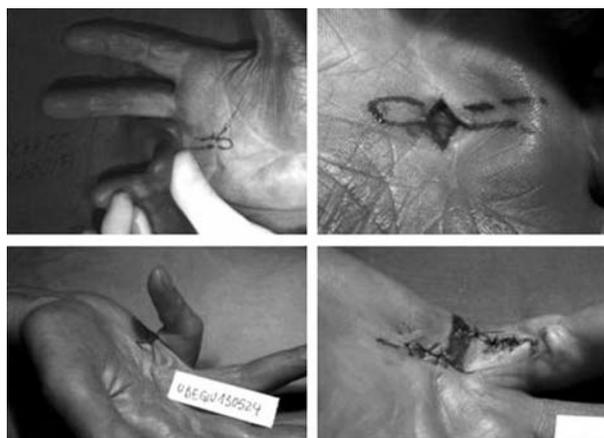


Figura 1. Fasciotomia sec. Bunnell. A) Contrattura di quarto grado. B) Fasciotomia a cielo aperto. C) Contrattura con retrazione MTCF oltre 90°. D) Fasciotomia con plastica a zeta.

ti. Considera controindicazione alla fasciotomia sottocutanea la localizzazione alle dita e al pollice, oppure una diagnosi non certa, mentre la considera inutile nella fase proliferativa.

Particolare importanza attribuisce, per la sua valenza funzionale, ai noduli digitali, quelli che, in sostanza, determinano la retrazione delle articolazioni interfalangee prossimali.

Quindi, il valore preventivo della nodulectomia si riferirebbe al fatto che secondo Luck il nodulo è la parte attiva della MD e la sua asportazione interromperebbe la evoluzione in contrattura, “a meno che si formino altri noduli”.

L'esperienza di molti autori ha poi dimostrato che non sempre è così. Sappiamo per esempio che l'asportazione di un nodulo nella fase proliferativa, per esempio durante un intervento per dito a scatto, può invece agire da stimolo alla successiva progressione della MD. D'altra parte è pur vero, come Luck afferma, che anche dopo aponeuroctomia definitiva radicale si può assistere a progressione o recidiva della patologia.

Alcune delle sue osservazioni restano comunque estremamente interessanti, se non altro per l'analisi attenta della patogenesi nelle fasi iniziali della MD.

FASCIOTOMIA O APONEUROTOMIA

Praticata a cielo chiuso già da Sir Astley Cooper nel 1822 e a cielo aperto da Dupuytren stesso nel

1831, fu il trattamento più comune sino agli inizi del novecento, mentre si faceva strada la fasciectomia palmare (3).

Nel 1944 Bunnell sosteneva la aponeurotomia sottocutanea nei casi gravi, quale trattamento preparatorio all'intervento di fasciectomia, allo scopo di estendere gradualmente la cute retratta e ridurre il rischio di complicazioni (Fig. 1). Questa scelta è ancora attuale e rappresenta la premessa alla tecnica di estensione continua (TEC) proposta da Messina nel 1989 (7).

Lo stesso Luck (1) praticava la fasciotomia palmare associata alla nodulectomia.

Molti autori hanno affrontato il problema ponendo indicazioni e limiti (3-6).

Le indicazioni attuali alla fasciotomia nella mia esperienza sono limitate a due condizioni:

1. intervento preparatorio alla fasciectomia successiva nei casi di grave contrattura allo scopo di ridurre il rischio di stiramento eccessivo dei fasci neurovascolari e di distendere progressivamente la cute, spesso macerata nelle pieghe palmari.
2. intervento palliativo in casi molto gravi per i quali si ritiene rischioso un trattamento più esteso (fasciectomia)

In realtà la TEC ha sottratto spazio alla prima e la fasciotomia percutanea da una parte e l'introduzione della anestesia tumescente di Lalonde dall'altra, hanno per lo meno modificato la seconda. L'anestesia locale sicura e una fasciectomia ben condotta, secondo Leclercq, hanno ridotto la seconda di queste indicazioni. La stessa Autrice ricorda come, nonostante la semplicità della tecnica a livello palmare, alcune specifiche controindicazioni rimangono, come l'estesa infiltrazione cutanea e le corde digitali (4).

DISCUSSIONE

Tubiana sosteneva che il trattamento deve mirare a correggere le deformità e limitare le complicazioni: concetto di radicalità selettiva che ispira il mio personale orientamento.

Allo stato attuale delle conoscenze il trattamento precoce e atraumatico del MD rappresenta un obiettivo da raggiungere, al quale tendono, da sem-

pre, i trattamenti non chirurgici (radioterapia e infiltrazione cortisonica e da ultimo la cordotomia enzimatica e la cordotomia percutanea ad ago). Per il momento su queste opzioni prevalgono le obiezioni sui vantaggi.

Il dibattito sulla aponeurotomia percutanea ad ago, che io non pratico, ci porterebbe lontano. Esiste a proposito una vasta letteratura, tra sostenitori e detrattori alla quale fare riferimento.

Comunque, per far fede al titolo devo ricordare che questa metodica non chirurgica viene proposta principalmente negli stadi iniziali della contrattura, a livello palmare, in casi con cute elastica oppure in casi selezionati con corda pretendinea. In questi casi la fasciotomia percutanea praticata con un bisturi oppure una aponeurectomia segmentaria palmare (Fig. 2) permette di ottenere un risultato simile ma più duraturo, in un unico tempo chirurgico, limitando comunque gli esiti cicatriziali propri della aponeurectomia estesa (selettiva o radicale che sia).

Interessanti invece sono le opportunità offerte dall'anestesia locale tumescente (wide awake di La-

londe) (8) che consente di eseguire interventi anche complessi in soggetti considerati non idonei ad una anestesia di plesso o alla narcosi. Questa tecnica di anestesia, molto efficace, permette di praticare la aponeurectomia, più o meno estesa, in relazione alle esigenze funzionali del soggetto da una parte e all'estensione e gravità della contrattura dall'altra, limitando così la necessità di ricorrere ad un intervento palliativo dai risultati parziali e transitori.

Nella letteratura la aponeurotomia o fasciotomia conserva, dopo quasi due secoli, un suo spazio tra le opzioni di trattamento, anche perché la causa del MD è tuttora ignota, nonostante molti aspetti della patogenesi e dell'evoluzione clinica sono noti e perché il quadro clinico estremamente variabile non trova una soluzione standard. La aponeurectomia selettiva resta comunque il trattamento di prima scelta nella maggior parte dei casi.

BIBLIOGRAFIA

1. Luck JV. Dupuytren's Contracture: A New Concept of the Pathogenesis Correlated with Surgical Management. *J Bone Joint Surg Am* 1959; 41: 635-64.
2. Leclercq C, Hurst LC, Badalamente M Treatment. Non surgical treatment. In Tubiana R, Leclercq C, Hurst LC, Badalamente MA, Mackin EJ, Dupuytren's Disease, London: Martin Dunitz, 2000: 121-31.
3. McGrouther DA. An overview of operative treatment. In McFarlane RM, McGrouther DA, Flint MH; Dupuytren's Disease. Edinburgh London, Melbourne and New York, 1990: 295-310.
4. Leclercq C, Treatment. Fasciotomy. In Tubiana R, Leclercq C, Hurst LC, Badalamente MA, Mackin EJ, Dupuytren's Disease, London: Martin Dunitz, 2000: 132-8.
5. Tubiana R. The principles of surgical treatment of Dupuytren's Contracture. In Hueston JT, Tubiana R, GEM. Monograph I, Edinburgh and London Churchill Livingstone, 1974: 71-7.
6. Bayat A, McGrouther DA. Management of Dupuytren's disease – clear advice for an elusive condition. *Ann R Coll Surg Engl* 2006; 88: 3-8.
7. Messina A. La TEC (Tecnica di estensione continua) nel morbo di Dupuytren grave. Dall'amputazione alla ricostruzione. *Riv Chir Mano* 1989; 26: 253-6
8. Lalonde D. A Multicenter Prospective study of 3.110 Consecutive Cases of Elective Epinephrine Use in the Fingers and Hand: the Dalhousie Project Clinical Phase. *J Hand Surg* 2005; 30/A- 1061-1067.



Figura 2. *Fasciectomy segmentaria. A) Dupuytren grave inveterato. B) Fasciectomy segmentaria a due livelli*