progetto grafico: Bianca Corica illustrazioni: Giorgia Papetti

Dott.ssa Alice Ortensi
Fisioterapista, specialista della mano
alice_ortensi@yahoo

in collaborazione con
Dott. Andrea Panunzi

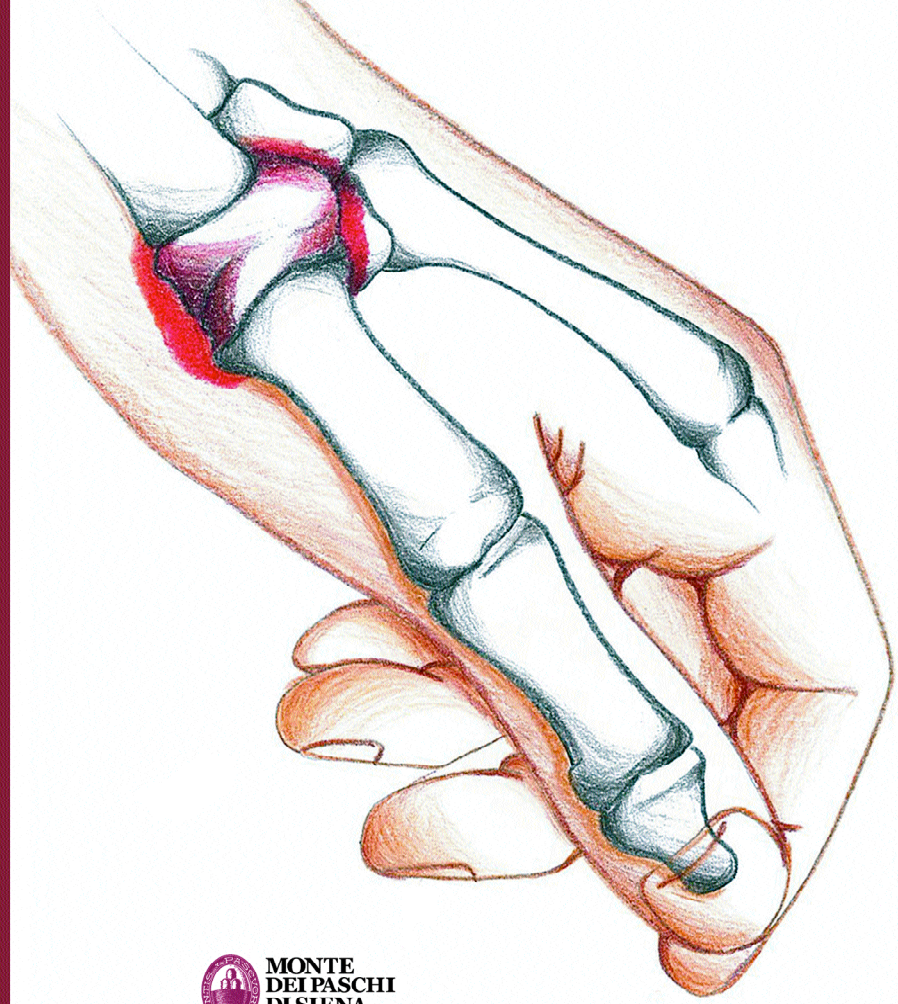
Segreteria
Dott. Andrea Mondini
06 215925113 – 06 215924800

Unità Operativa complessa di microchirurgia
e chirurgia della mano
Direttore Prof. Andrea Ortensi

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

INSEGNAMENTO MICROCHIRURGIA
UNIVERSITÀ "LA SAPIENZA" M.S.H.S.
ROMA

Rizoartrosi o Artrosi Trapezio-metacarpale



MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

Rizoartrosi o Artrosi Trapezio-metacarpale

Normalmente, la cartilagine articolare riveste le superfici ossee permettendo loro di muoversi e scivolare l'una sull'altra.
Quando l'articolazione va incontro a un processo artrosico, la cartilagine viene erosa e l'attrito tra le ossa crea distruzione articolare con conseguente dolore sempre maggiore. L'articolazione della mano che più frequentemente va incontro a questo processo è la trapezio-metacarpale, cioè quella alla base del pollice formata dall'osso trapezio e dal primo metacarpo; un'articolazione unica perché permette incredibili gradi di articolarità.

Sintomi

• iniziali: dolore locale che si diffonde su mano e polso durante l'impegno della mano in prese pesanti; dolore anche da fermo, soprattutto notturno
• avanzati: anche attività più leggere sono sufficienti a causare dolore diminuzione della forza nella pinza tra pollice e indice; gonfiore a livello dell'articolazione
• gravi: deformità dell'articolazione, fino alla sublussazione del primo osso del pollice; limitazione dei gradi di movimento del pollice

Cause

• La rizoartrosi colpisce più frequentemente le donne dopo i 40 anni
• traumi o lesioni nella zona interessata possono favorirne lo sviluppo
• lavori che sollecitano particolarmente l'articolazione possono favorire lo sviluppo della patologia

Diagnosi

• studio della storia clinica del paziente e dell'uso delle mani
• esame clinico della zone e dell'eventuale tumefazione locale
• radiografia

Classificazione della malattia

la rizoartrosi viene suddivisa in 4 stadi in base alla degenerazione articolare;
nei primi 2 stadi si suggerisce il trattamento conservativo;
nei 2 stadi più avanzati il trattamento deve essere di tipo chirurgico.

Trattamento conservativo

• uso dello *splint* o tutore che mantiene il dito nella posizione corretta e permette di evitare eventuali sforzi; il tutore va indossato sempre di notte e qualche ora durante il giorno
• terapia antalgica (*tens o laser*)
• antinfiammatori o cortisone per le fasi acute
• mobilizzazione dell'articolazione per facilitare lo scivolamento articolare

Intervento chirurgico

Ha lo scopo di eliminare il dolore, restituire funzionalità ed eliminare l'articolazione malata.
L'intervento viene effettuato in anestesia locale, eseguita a livello del cavo ascellare sul *Plesso Brachiale*.
Ci sono vari tipi di intervento, ma quello che garantisce i migliori risultati è *l'artroplastica*.
Essa consiste nell'asportazione dell'osso Trapezio *(trapeziectomia)* e nella ricostruzione dell'articolazione. Si prende una porzione del tendine abduttore *lungo del pollice (APL)* e si fa passare intorno al *flessore radiale del carpo*, riempiendo lo spazio ricavato dall'asportazione del trapezio.

Trattamento post-chirurgico

• Viene suggerito al paziente di muovere le dita, libere dalla medicazione, subito dopo l'intervento
• Viene mantenuta l'immobilizzazione per due settimane mediante stecca gessata o *splint*
• Dopo 15 giorni si inizia la terapia riabilitativa con esercizi di mobilizzazione e massoterapia di svuotamento
• si deve effettuare anche lo scollamento della cicatrice ed eventualmente terapia antinfiammatoria locale *(laser o tens)*
• lo *splint* va mantenuto qualche ora al giorno a discrezione del terapista per i 30 giorni successivi all'intervento

Guarigione

La ferita chirurgica cicatrizza in 20 giorni circa, ma per la completa guarigione può passare anche qualche mese. Il paziente dovrà evitare sforzi manuali per un mese e mezzo, circa e 3 mesi prima della ripresa di lavori pesanti.
Il paziente, pur ottenendo una buona funzionalità articolare, può presentare al termine della ripresa un deficit della forza di presa della mano.

Recupero

Il recupero completo della funzionalità dell'arto varia in base all'età del paziente, alle sue condizioni generali e alla durata dei sintomi precedentemente all'intervento.

progetto grafico: Bianca Corica illustrazioni: Giorgia Papetti

Dott.ssa Alice Ortensi
Fisioterapista, specialista della mano
alice_ortensi@yahoo

in collaborazione con
Dott. Andrea Panunzi

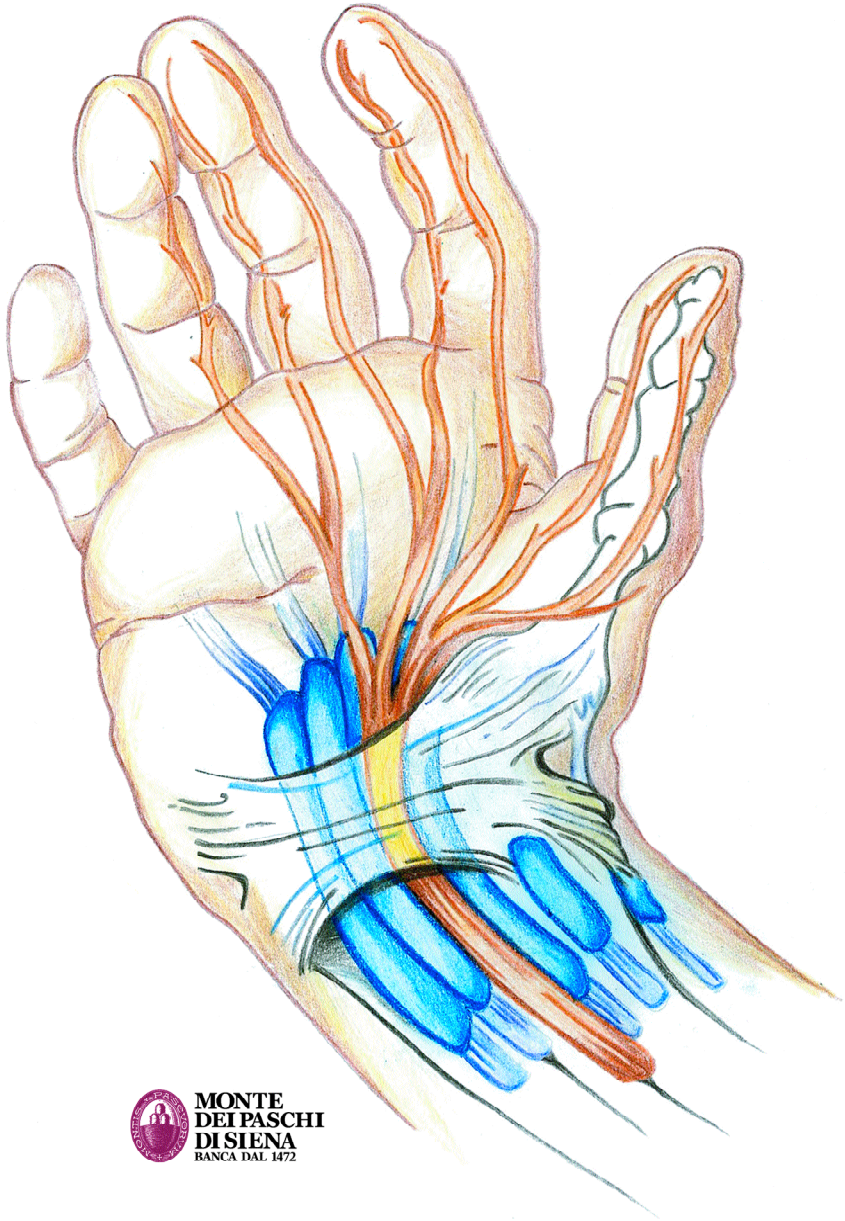
Segreteria
Dott. Andrea Mondini
06 215925113 – 06 215924800

Unità Operativa complessa di microchirurgia
e chirurgia della mano
Direttore Prof. Andrea Ortensi

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

INSEGNAMENTO MICROCHIRURGIA
UNIVERSITÀ "LA SAPIENZA" M.S.H.S. ROMA

Sindrome del Tunnel carpale



MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

Sindrome del Tunnel carpale

Il Tunnel Carpale è un canale situato a livello del polso creato dalle ossa del carpo e dal Legamento Trasverso del carpo. All'interno scorrono i tendini flessori e il nervo mediano.
Il nervo mediano è responsabile della sensibilità del pollice, dell'indice, del medio e di una parte dell'anulare.
Il nervo mediano è responsabile della forza dei muscoli del pollice (presa).
Il canale carpale può risultare infiammato e comprimere il nervo mediano.

Sintomi

• iniziali: formicolio, dolore, addormentamento delle dita, di notte, a volte anche di giorno
• avanzati: debolezza, caduta degli oggetti, difficoltà nei movimenti di precisione
• gravi: perdita della sensibilità, diminuzione del dolore con perdita della muscolatura del pollice

Cause

• non c'è una causa diretta
• esiste una predisposizione congenita e familiare
• traumi locali/presenza di edema locale
• lavori in sforzo ripetuto sul polso
• gravidanza
• menopausa
• variazioni ormonali
• attività casalinghe

Diagnosi

• visita medica specialistica
• Elettromiografia EMG

Trattamento conservativo

• in alcuni casi la sintomatologia può regredire con terapie anti-infiammatorie e riposo. Si consiglia immobilizzazione con tutore per 2/3 settimane, riposo e fisioterapia

Terapia infiltrativa

• può dare benefici ma spesso non sono duraturi

Intervento chirurgico

Tecnica microchirurgica: apertura del legamento con decompressione sul nervo mediano. Incisione di 2/3 cm al di sotto del polso, sul palmo. L'intervento si esegue in anestesia locale al polso o sotto l'ascella.

Trattamento post-chirurgico

Si deve muovere subito la mano evitando sforzi (stirare, strizzare sollevare pesi) per i primi 20/30 giorni
La fisioterapia dopo l'intervento chirurgico migliora il processo di cicatrizzazione e la ripresa del nervo.
Numero di sedute: dalle 2 alle 6 terapie.

Guarigione

Quasi sempre scompare immediatamente il formicolio, il dolore e l'addormentamento notturno.

Complicanze

• dolori legati alla cicatrice
• infezioni
• persistenza di lieve sintomatologia in casi molto gravi

Recupero

Il recupero completo della funzionalità dell'arto varia in base all'età del paziente, alle sue condizioni generali e alla durata dei sintomi precedentemente all'intervento.

progetto grafico: Bianca Corica illustrazioni: Giorgia Papetti

Dott.ssa Alice Ortensi
Fisioterapista, specialista della mano
alice_ortensi@yahoo

in collaborazione con
Dott. Andrea Panunzi

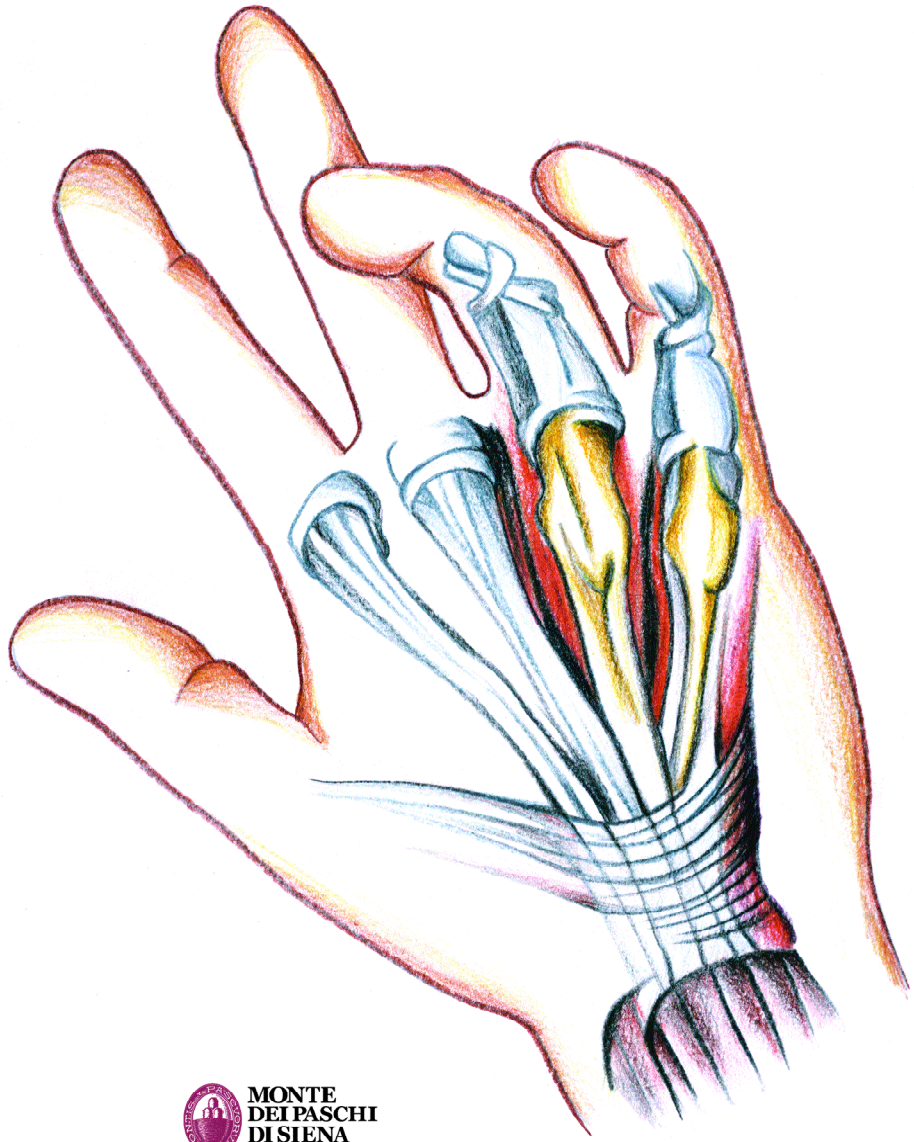
Segreteria
Dott. Andrea Mondini
06 215925113 – 06 215924800

Unità Operativa complessa di microchirurgia
e chirurgia della mano
Direttore Prof. Andrea Ortensi

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

INSEGNAMENTO MICROCHIRURGIA
UNIVERSITÀ "LA SAPIENZA" M.S.H.S.
ROMA

Sindrome di Dupuytren



MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

Sindrome di Dupuytren

Il morbo di Dupuytren è dovuto all'ispessimento e alla retrazione dell'aponeurosi palmare, la fascia fibrosa che si trova al di sotto della cute del palmo della mano.

Sintomi

• il morbo di Dupuytren non è dolente
• il morbo di Dupuytren è spesso bilaterale
• il paziente affetto da malattia di Dupuytren non riuscirà a stendere le dita
• l'avanzamento della patologia impedisce il normale svolgimento delle attività quotidiane

Cause

• ancora non esiste con sicurezza una causa scatenante il morbo di Dupuytren
• in alcuni casi è presente una familiarità
• il morbo di Dupuytren colpisce più frequentemente gli uomini dopo i 40 anni
• alcuni pazienti hanno storie cliniche di patologie epatiche da abuso di alcol
• spesso esiste una corrispondenza con microtraumi ripetuti alla mano

Diagnosi

La diagnosi del morbo di Dupuytren è prettamente clinica.
Il paziente dovrà sottoporsi ad una visita specialistica.

Classificazione della malattia

• 1° stadio: nell'insorgenza della malattia il paziente riscontrerà la presenza di un nodulo al palmo della mano. Con il passare del tempo la malattia può estendersi alla regione del palmo e alle dita
• 2° stadio: gradualmente il paziente riferirà la comparsa di un cordone sottocutaneo e la progressiva retrazione delle dita (fino a 45°)
• 3° stadio: retrazione delle dita fino a 90°
• 4° stadio: retrazione delle dita oltre i 90°

Trattamento conservativo

Negli stadi iniziali della patologia di Dupuytren può essere adottata una terapia non chirurgica con tutori e fisioterapia, mirati a ritardare l'evoluzione della patologia.
Nella quasi totalità dei casi si dovrà ricorrere ad intervento chirurgico.

Intervento chirurgico

L'intervento consiste nel ristabilire la corretta funzione e posizione delle dita. La tecnica eseguita dalla nostra equipe è quella microchirurgica, che assicura maggiormente il rispetto delle strutture anatomiche più delicate. L'intervento viene eseguito in anestesia del plesso brachiale.

Guarigione

La rimozione dei punti avverrà in 10°-15° giornata. La cicatrice chirurgica si chiuderà entro la 20° giornata.
Nel post-operatorio vengono lasciate le dita libere e si devono muovere da subito evitando però sforzi per 20-30 giorni.
Il paziente dovrà effettuare fisioterapia mirata al recupero della funzionalià della mano.
A discrezione del terapista sarà confezionato un tutore statico su misura per aiutare la distensione delle dita, da indossare, per i primi tempi, la notte e qualche ora nel corso della giornata.
In stadio non molto avanzato i disturbi regrediscono quasi completamente in seguito all'intervento; in casi molto gravi (4°stadio) la flessione delle dita migliora ma può non risolversi del tutto.
Il paziente potrà riprendere lavori di concetto in 7-10 giorni; lavori manuali di media intensità in 30 giorni, circa; sarà suggerito un riposo maggiore anche fino a tre mesi in caso di pazienti deputati a lavori di maggior sforzo manuale.

Complicanze

• la cicatrice può chiudersi con ritardo in pazienti con problemi cicatriziali o con patologie associate, quali il diabete
• il post-operatorio può essere doloroso soprattutto a livello dell'esito cicatriziale che può avere tempi di guarigione superiori ai 3-6 mesi
• la patologia può recidivare nelle stesse dita o anche in dita diverse
• in sede chirurgica può verificarsi la lesione di un ramo nervoso o di vasi digitali, con conseguente perdita di sensibilità e rigidità del dito

Recupero

Il recupero completo della funzionalità dell'arto varia in base all'età del paziente, alle sue condizioni generali e alla durata dei sintomi precedentemente all'intervento.

progetto grafico: Bianca Corica illustrazioni: Giorgia Papetti

Dott.ssa Alice Ortensi
Fisioterapista, specialista della mano
alice_ortensi@yahoo

in collaborazione con
Dott. Andrea Panunzi

Segreteria
Dott. Andrea Mondini
06 215925113 – 06 215924800

Unità Operativa complessa di microchirurgia
e chirurgia della mano
Direttore Prof. Andrea Ortensi

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

INSEGNAMENTO MICROCHIRURGIA
M.S.H.S.
UNIVERSITÀ "LA SAPIENZA"
ROMA

Morbo di Notta

MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

Morbo di Notta

I tendini flessori delle dita lunghe e del pollice scorrono all'interno di una guaina che può infiammarsi creando un conflitto e un rigonfiamento di una porzione del tendine. Si svilupperà quindi, un nodulo lungo il suo decorso impedendo il normale scivolamento; quando questo ostacolo viene vinto si avverte il tipico scatto. Il dito può rimanere bloccato in posizione flessa costringendo il paziente a utilizzare l'altra mano per raddrizzarlo, con una manovra dolorosa.

Sintomi

• iniziali: fastidio, poi dolore, alla base del dito, o delle dita interessate dove può essere rilevato un piccolo nodulo
• avanzati: può seguire un periodo in cui il dito comincia a scattare occasionalmente con un aumento del dolore
• gravi: fase di blocco del dito in flessione con diminuzione del dolore

Cause

• non c'è una causa scatenante
• colpisce uomini e donne di tutte le età, indistintamente
• alcuni lavori che sollecitano particolarmente le dita possono facilitare la comparsa della patologia
• microtraumi ripetuti nel tempo possono facilitare la comparsa del disturbo
• possono essere colpite più dita contemporaneamente
• può essere associata alla Sindrome del Tunnel Carpale (CTS)

Diagnosi

Normalmente una visita medica specialistica è sufficiente per formulare la diagnosi.

Trattamento conservativo

(*consigliato nelle fasi iniziali della patologia*)
• ridurre le attività che aggravano le condizioni
• tutore o splint per ridurre il movimento
• terapia antalgica (tens o laser)
• il vostro dottore potrà prescrivervi antinfiammatori orali o iniettabili attraverso infiltrazioni.
Se con la terapia conservativa non si hanno risultati apprezzaibili si deve ricorrere all'intervento chirurgico.

Intervento chirurgico

La tecnica microchirurgica offre al paziente le migliori garanzie di successo. L'intervento si esegue in day surgery, in anestesia locale e consiste nel liberare il tendine lungo il suo decorso all'interno della guaina interessata (apertura della puleggia). Se necessario si procederà alla pulizia dello strato più esterno del tendine (tenolisi).

Trattamento post-chirurgico

• può essere iniziato, sotto controllo chirurgico, qualche giorno dopo l'intervento
• può durare da qualche seduta a più di 1 mese, nei casi più difficili
• stesso splint del trattamento conservativo
• massoterapia per lo scollamento della cicatrice e per il riassorbimento dell'edema
• mobilizzazione
• terapia antalgica (laser o tens)
• ultrasuoni per la cicatrice

Guarigione

Si suggerisce di muovere le dita libere dalla medicazione subito dopo l'intervento.
• I punti di sutura vengono rimossi a 15 giorni dall'intervento
• nei casi di recente insorgenza della patologia i disturbi regrediscono quasi immediatamente
• nei casi molto gravi la sintomatologia può migliorare ma non risolversi del tutto
• il fastidio nella zona dell'intervento può protrarsi per qualche mese dopo l'intervento

Recupero

Il recupero completo della funzionalità dell'arto varia in base all'età del paziente, alle sue condizioni generali e alla durata dei sintomi precedentemente all'intervento.

progetto grafico: Bianca Corica illustrazioni: Giorgia Papetti

Dott.ssa Alice Ortensi
Fisioterapista, specialista della mano
alice_ortensi@yahoo

in collaborazione con
Dott. Andrea Panunzi

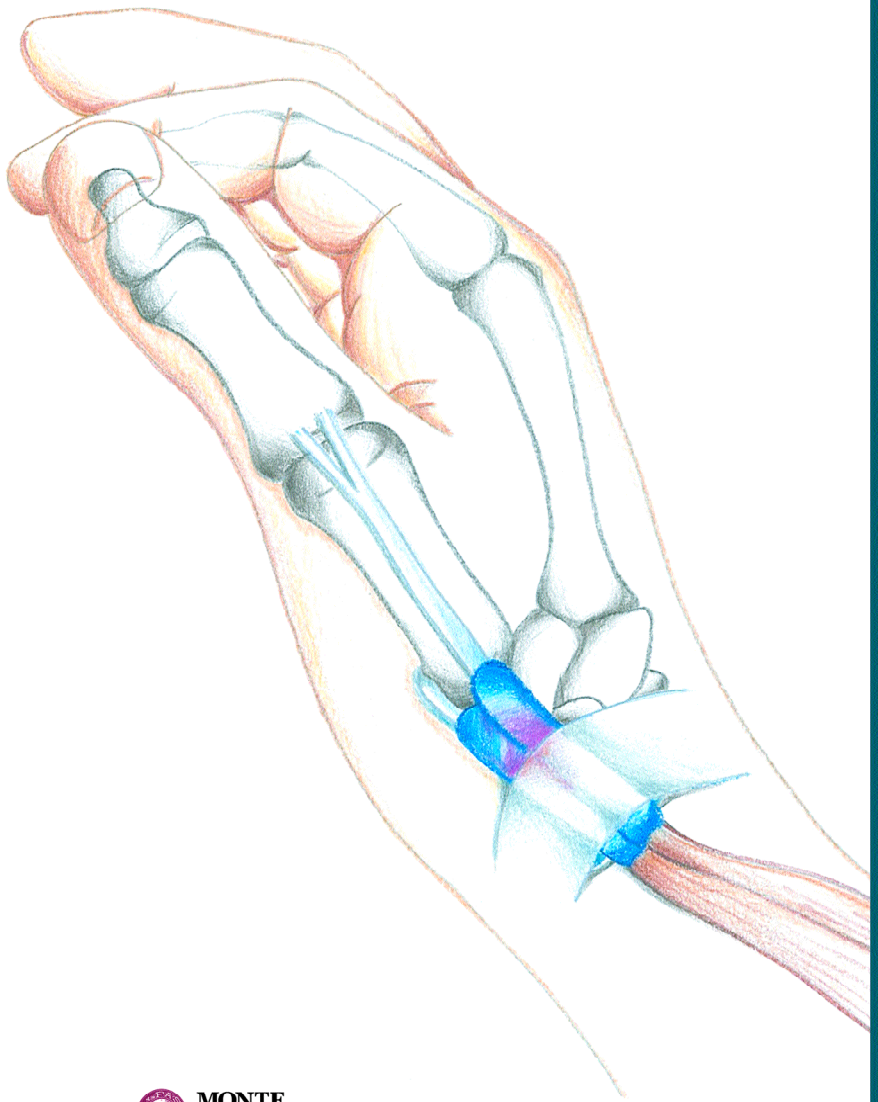
Segreteria
Dott. Andrea Mondini
06 215925113 – 06 215924800

Unità Operativa complessa di microchirurgia
e chirurgia della mano
Direttore Prof. Andrea Ortensi

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

INSEGNAMENTO MICROCHIRURGIA
M.S.H.S.
UNIVERSITÀ "LA SAPIENZA"
ROMA

Morbo di De Quervain



MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

Morbo di De Quervain

A livello del polso, alla base del pollice, il retinaculum degli estensori ricopre tutti i tendini. Questi tendini scorrono al di sopra di uno spigolo.
La tendinite di De Quervain è una dolorosa infiammazione dei tendini: abduttore lungo del pollice e estensore breve del pollice. I tendini gonfiati e le loro coperture causano frizione nella guaina in cui passano.

Sintomi

• il dolore sul dorso alla base del pollice, sopra ai due tendini; in alcuni casi il dolore può estendersi fino a tutto l'avambraccio
• difficoltà e dolore nei movimenti del pollice soprattutto nella presa tra pollice e indice
• dolore alla pressione diretta sull'area interessata
• gonfiore sull'area interessata.

Cause

(*spesso la causa è sconosciuta ma alcuni sport o lavori specifici possono aggravare la situazione*)
• eccessivo uso della pinza pollice-indice
• colpo diretto sul pollice
• movimenti ripetitivi
• condizioni infiammatorie locali o sistemiche

Diagnosi

Test di Finkelstein: il dottore vi chiederà di chiudere la mano a pugno con il pollice all'interno del palmo; quando il polso viene piegato bruscamente verso il mignolo i tendini gonfi vengono tesi; se la manovra risulta particolarmente dolorosa è probabile che soffriate del Morbo di de Quervain.

Trattamento conservativo

(*consigliato nelle fasi iniziali della patologia*)
• split di immobilizzazione del pollice fino a 4-6 settimane
• terapia antalgica (laser, tens)
• evitare movimenti di opposizione del pollice
• bendaggio taping
• il vostro dottore potrà prescrivervi antinfiammatori orali o iniettabili con infiltrazioni locali.
Fase acuta: l'infiammazione può creare un rigonfiamento.
Se con la terapia conservativa non si hanno risultati apprezzabili si deve ricorrere all'intervento chirurgico.

Intervento chirurgico

(*effettuato con anestesia locale*)
L'intervento consiste nella completa apertura della guaina sotto cui passa il tendine restituendogli la possibilità di scivolare liberamente. L'incisione cutanea è di circa 2 cm sul polso alla base del pollice; i punti di sutura verranno rimossi in 15ª giornata circa.

Trattamento post-chirurgico

• può essere iniziato, sotto controllo chirurgico, qualche giorno dopo l'intervento
• può durare da qualche seduta a più di un mese, nei casi più difficili
• stesso split del trattamento conservativo
• massoterapia per lo scollamento della cicatrice e per il riassorbimento dell'edema
• mobilizzazione
• terapia antalgica (laser o tens)
• ultrasuoni per la cicatrice

Guarigione

Nei casi in cui il dolore si sia sviluppato gradualmente il disturbo è più resistente al miglioramento e la sospensione dei sintomi può prevedere tempi più lunghi
Il fastidio nella zona dell'intervento può protrarsi per qualche mese dopo l'intervento.

Recupero

Il recupero completo della funzionalità dell'arto varia in base all'età del paziente, alle sue condizioni generali e alla durata dei sintomi precedentemente all'intervento.

progetto grafico: Bianca Corica illustrazioni: Giorgia Papetti

Dott.ssa Alice Ortensi
Fisioterapista, specialista della mano
alice_ortensi@yahoo

in collaborazione con
Dott. Andrea Panunzi

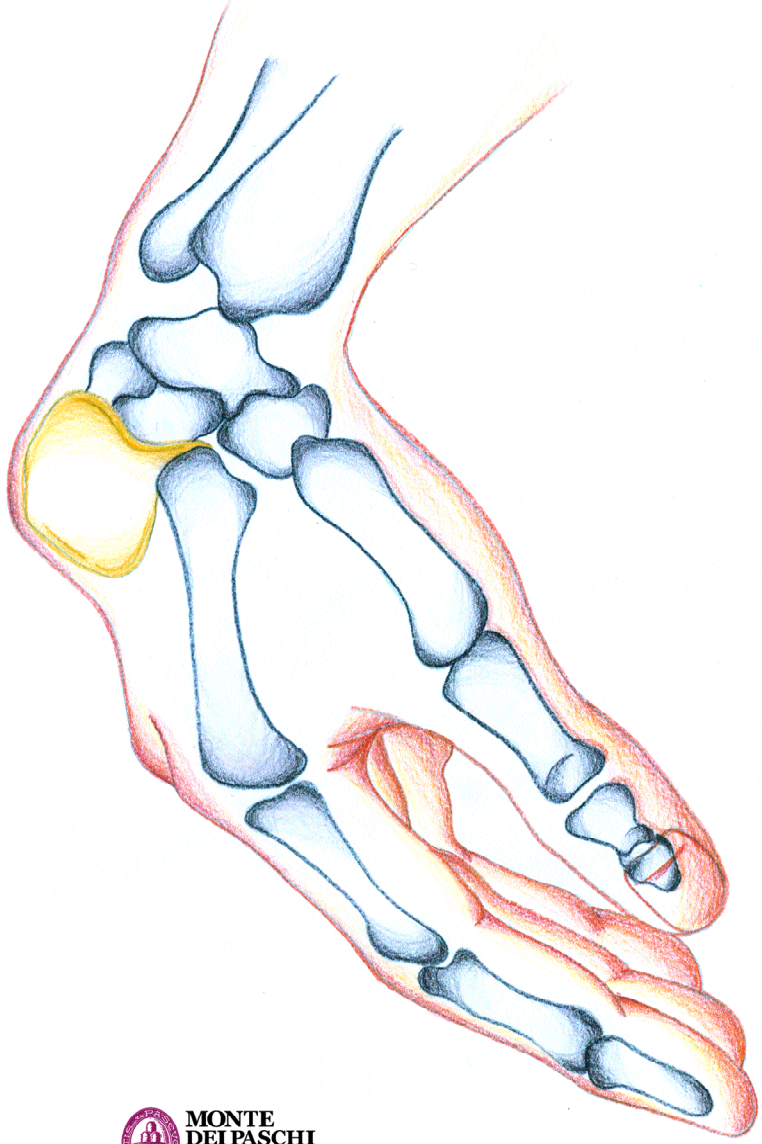
Segreteria
Dott. Andrea Mondini
06 215925113 – 06 215924800

Unità Operativa complessa di microchirurgia
e chirurgia della mano
Direttore Prof. Andrea Ortensi

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

INSEGNAMENTO MICROCHIRURGIA
UNIVERSITÀ "LA SAPIENZA" M.S.H.S.
ROMA

Ganglio artrogeno o Cisti tendinea



MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

Ganglio artrogeno o Cisti tendinea

I gangli originano dalla zona di articolarità tra le due ossa (ganglio artrogeno) o dalla guaina che circonda il tendine (cisti tendinea).
Essi sono dovuti alla fuoriuscita del liquido sinoviale presente all'interno delle articolazioni o intorno ai tendini. A livello articolare si determina un meccanismo a valvola che permette al ganglio di gonfiarsi e sgonfiarsi ciclicamente.
La sua dimensione può variare da pochi millimetri a 3-4 centimetri di diametro.

Sintomi

Si percepisce una tumefazione locale con un dolore e limitazione dei movimenti della mano.

Cause

Non esiste una causa diretta che determina la formazione di cisti, ma esistono una serie di fattori predisponenti: traumi, uso frequente.

Diagnosi

Una visita medica specialistica permette di diagnosticare un ganglio artrogeno o una cisti tendinea, eventualmente confermata dall'RX, da un'ecografia o da una RMN.

Trattamento conservativo

In alcuni casi la sintomatologia può regredire, grazie al meccanismo a valvola, attraverso il riposo e la terapia anti-infiammatoria locale e sistemica.
In altri casi, invece si dovrà comunque ricorrere all'intervento chirurgico.

Intervento chirurgico

Consiste nel rimuovere la cisti con una incisione cutanea di 3-4 centimetri.
In alcuni casi può essere necessario rimuovere una porzione della capsula articolare o della guaina tendinea.
La procedura chirurgica eseguita dalla nostra équipe è quella microchirurgica che assicura il maggiore rispetto delle strutture anatomiche circostanti.

Trattamento post-chirurgico

tra la 12ª e la 15ª giornata vengono rimossi i punti di sutura e poi si può intraprendere una riabilitazione mirata al completo recupero funzionale.

Guarigione

Dopo l'intervento si devono muovere le dita il più possibile ma si devono evitare gli sforzi per 20-30 giorni.

Complicanze

I rischi legati all'intervento sono: la possibilità che si verifichi una cicatrice dolorosa che in genere migliora in 3-6 mesi, la lesione chirurgica di un ramo nervoso in sede operatoria o eventuali infezioni.
In alcuni casi le cisti possono recidivare anche nonostante la terapia chirurgica ottimale.

Recupero

Il recupero completo della funzionalità dell'arto varia in base all'età del paziente, alle sue condizioni generali e alla durata dei sintomi precedentemente all'intervento.

progetto grafico: Bianca Corica illustrazioni: Giorgia Papetti

Dott.ssa Alice Ortensi
Fisioterapista, specialista della mano
alice_ortensi@yahoo

in collaborazione con
Dott. Andrea Panunzi

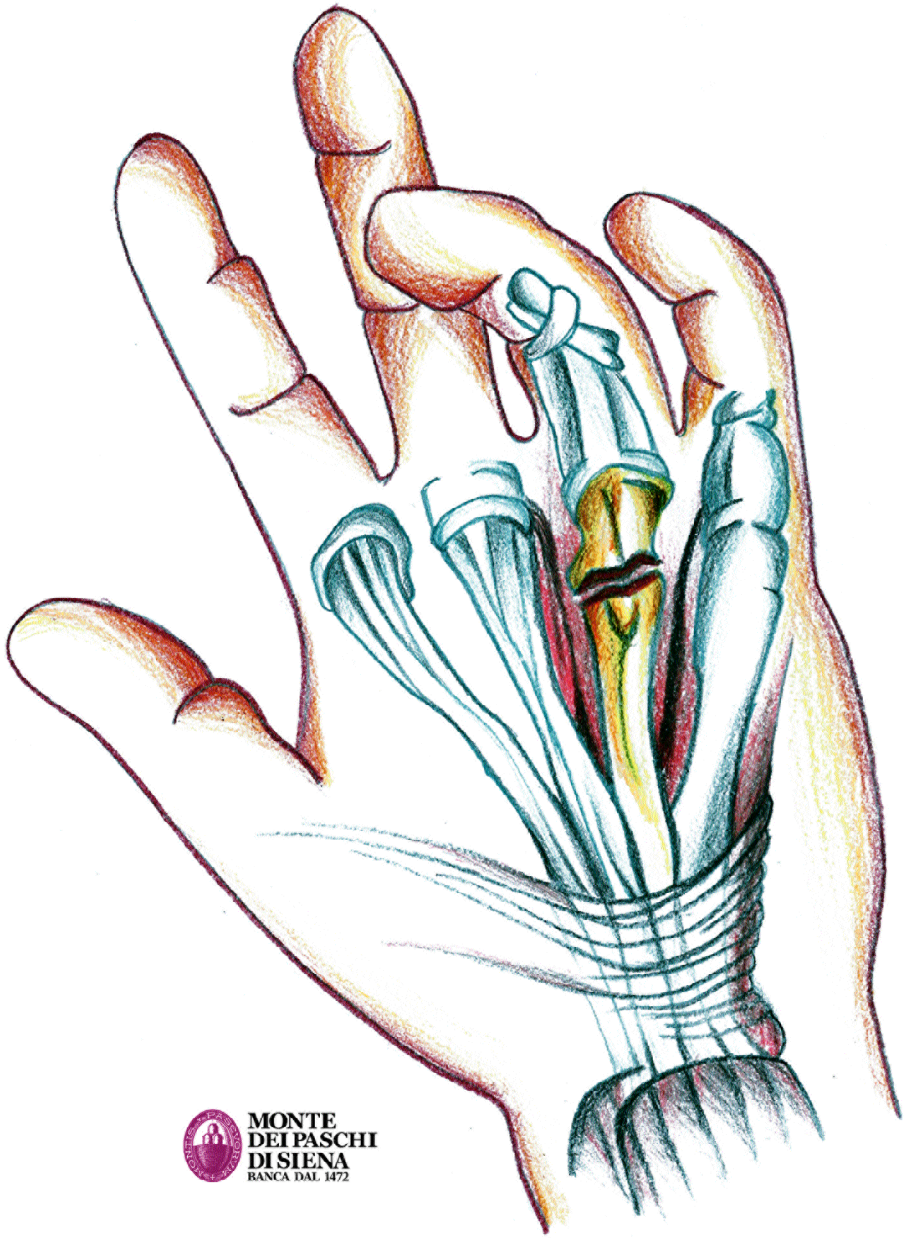
Segreteria
Dott. Andrea Mondini
06 215925113 – 06 215924800

Unità Operativa complessa di microchirurgia
e chirurgia della mano
Direttore Prof. Andrea Ortensi

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

INSEGNAMENTO MICROCHIRURGIA
UNIVERSITÀ "LA SAPIENZA"
M.S.H.S.
ROMA

Lesioni dei tendini flessori



MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

Lesioni dei tendini flessori

I muscoli flessori delle dita della mano si trovano nell'avambraccio e sono deputati al movimento delle dita tramite lo scorrimento dei tendini inseriti sulle falangi. Il pollice ha un solo muscolo flessore lungo mentre ogni altro dito ha due muscoli flessori:
- Flessore superficiale o breve: si inserisce sulla seconda falange di ogni dito e piega la prima articolazione.
- Flessore profondo o lungo: si inserisce alla base dell'ultima articolazione di ogni dito e piega tutto il dito sul palmo.
Entrambi i flessori passano al di sotto di alcune puleggie, tunnel fibrosi che permettono una migliore azione di scorrimento del tendine.

Sintomi

In caso di lesione parziale il dito manterrà la capacità di movimento con presenza di dolore. In caso di lesione totale del tendine flessore il dito non potrà più piegarsi.

Cause

• Atraumatiche: alcune patologie dismetaboliche o infiammatorie possono causare l'usura del tendine.
• Traumatiche: da taglio o contusione; in alcuni casi si può verificare il distacco del tendine a livello della sua insersione sull'osso. In questo tipo di lesioni tendinee può esservi il coinvolgimento di altre strutture come arterie, nervi o ossa.

Diagnosi

Normalmente una visita medica specialistica permette di formulare diagnosi di lesione del tendine flessore; può essere confermata dall'ecografia o RMN.

Tempi chirurgici

La riparazione chirurgica ha il suo miglior risultato se viene eseguita entro le 24 ore dall'evento traumatico.
Il tendine flessore lesionato può retrarsi a causa del ritorno elastico e può risultare difficile reperirlo in sede di intervento.
Dopo 6 settimane il tendine è completamente retratto e si creano aderenze cicatriziali che rendono difficile la riparazione.

Intervento chirurgico

L'intervento chirurgico viene eseguito per ricostruire il tendine lesionato e per liberare le aderenze cicatriziali che si creano dopo l'evento traumatico. La nostra équipe esegue la tecnica microchirurgica che assicura maggiormente il rispetto delle strutture circostanti.

Trattamento post-chirurgico

Nell'immediato postoperatorio viene confezionato un tutore di protezione da traumi esterni.
Il paziente non dovrà muovere il dito operato.
La riabilitazione fisioterapica è fondamentale per mobilizzare precocemente il tendine evitando le aderenze.
La riabilitazione va eseguita nel rispetto della sutura, evitando eccessivo stress sul tendine operato.
A 12-15 giorni dall'intervento si rimuovono i punti e viene confezionato un tutore dinamico che permette la mobilizzazione passiva, protetta, del dito operato.

Guarigione

Generalmente il dito operato può essere usato in sforzi di media entità solo dopo 6 settimane dall'intervento, ed usato senza restrizioni dopo 3 mesi.

Complicanze

i rischi legati all'intervento di ricostruzione del tendine flessore sono:
• la formazione di una cicatrice dolorosa che in genere si risolve in 3-6 mesi
• la lesione chirurgica di un ramo nervoso o circolatorio
• la presenza di infezioni

Recupero

Il recupero completo della funzionalità dell'arto varia in base all'età del paziente, alle sue condizioni generali e alla durata dei sintomi precedentemente all'intervento.

progetto grafico: Bianca Corica illustrazioni: Giorgia Papetti

Dott.ssa Alice Ortensi
Fisioterapista, specialista della mano
alice_ortensi@yahoo

in collaborazione con
Dott. Andrea Panunzi

Segreteria
Dott. Andrea Mondini
06 215925113 – 06 215924800

Unità Operativa complessa di microchirurgia
e chirurgia della mano
Direttore Prof. Andrea Ortensi

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

INSEGNAMENTO MICROCHIRURGIA
UNIVERSITÀ "LA SAPIENZA"
M.S.H.S.
ROMA

Epicondilite

MONTE
DEI PASCHI
DI SIENA
BANCA DAL 1472

Epicondilite

L'epicondilite è un'infiammazione dei tendini che coinvolge la muscolatura dell'avambraccio lateralmente all'epicondilo, la protrusione ossea del gomito nel lato più lontano dal corpo.

Sintomi

il paziente ffetto da epicondilite riferirà dolore localizzato intorno all'epicondilo.
Il paziente può riferire indebolimento dell'arto durante attività che richiedono l'uso dei muscoli affetti.

Cause

L'epicondilite si scatena tendenzialmente per un uso eccessivo e ripetuto nel tempo. dell'avambraccio,del polso e dell'estensione delle dita.
Tutti i movimenti che includono movimenti di torsione ed estensione del polso e delle dita, ripetuti nel tempo, aggravano la patologia (spazzare, giocare a tennis e a golf).

Diagnosi

La diagnosi dell'epicondilite consiste esclusivamente nell'analisi clinica dell'arto con una pressione applicata al livello dell'epicondilo, che in caso di patologia conclamata, genera dolore.
In fase diagnostica sarà importante risalire ai movimenti che hanno scatenato la patologia.

Trattamento conservativo

• Il medico dovrà suggerire al paziente affetto di epicondilite di sospendere, o quantomeno restringere, le attività che aggravano le condizioni infiammatorie.
• Si può applicare un tutore (moneta) per decontrarre la zona infiammata o per immobilizzarla in casi estremi.
• Massaggi antinfiammatori
• Applicazione di taping antinfiammatorio
• Terapia antinfiammatoria orale
• Applicazione delle onde d'urto (4 sedute)

Intervento chirurgico

Sarà effettuato in quei casi che non rispondono positivamente al trattamento conservativo.
Si effettua in anestesia locale.
Consiste in una incisione nella parte esterna del gomito per andare a rimuovere il tessuto malato.
Può anche essere rimossa una porzione dell'epicondilo.

Guarigione

Dopo l'operazione gomito e polso vengono immobilizzati con uno splint, o tutore, per 2-3 settimane.
Sarà eseguito per diversi mesi un programma di fisioterapia mirato alla mobilizzazione graduale,al rinforzo e all'allungamento della muscolatura coinvolta.

Recupero

Il recupero completo della funzionalità dell'arto varia in base all'età del paziente,alle sue condizioni generali e alla durata dei sintomi precedentemente all'intervento.