

TENODERMODESI: TRATTAMENTO PER LE LESIONI
CRONICHE DEL TENDINE ESTENSORE ALLA I.F.D.

di
A.M. ARTALE

La rottura del tendine estensore alla I.F.D. è una lesione frequente nel corso di attività sportive (pallavolo) e lavorative.

Il tendine estensore si distacca dalla III falange con un frammento osseo oppure si rompe nella sua porzione terminale pre-inserzionale.

Ne risulta un atteggiamento in flessione della III falange.

Le lesioni dei tendini estensori presentano una prognosi migliore rispetto alle lesioni dei T. flessori, ma i rischi di rigidità e di aderenze sono sempre presenti particolarmente in presenza di fratture di falangi sottostanti.

La chirurgia dei tendini della mano quindi deve essere atraumatica al massimo per ottenere i migliori risultati in queste delicate strutture. Nella fase acuta trattiamo le lesioni sottocutanee del tendine estensore alla I.F.D. (zona I secondo la classificazione di Verdun) incruentamente con un ortesi di stack (Fig. 1) o con una stecca che mantenga l'articolazione in iperestensione per 30-40 gg.

Eseguiamo invece una sutura diretta nelle lesioni da taglio. Se è presente un distacco osseo (lesione di Segond) utilizziamo un pull out.

Le lesioni croniche del T. estensore alla IFD richiedono un trattamento chirurgico solo in presenza di dolore o di disturbi funzionali (nelle donne anche per motivi estetici).

Esistono varie metodiche per il trattamento di queste lesioni. Le più utilizzate sono la greffe tendinea, la tenodermode-

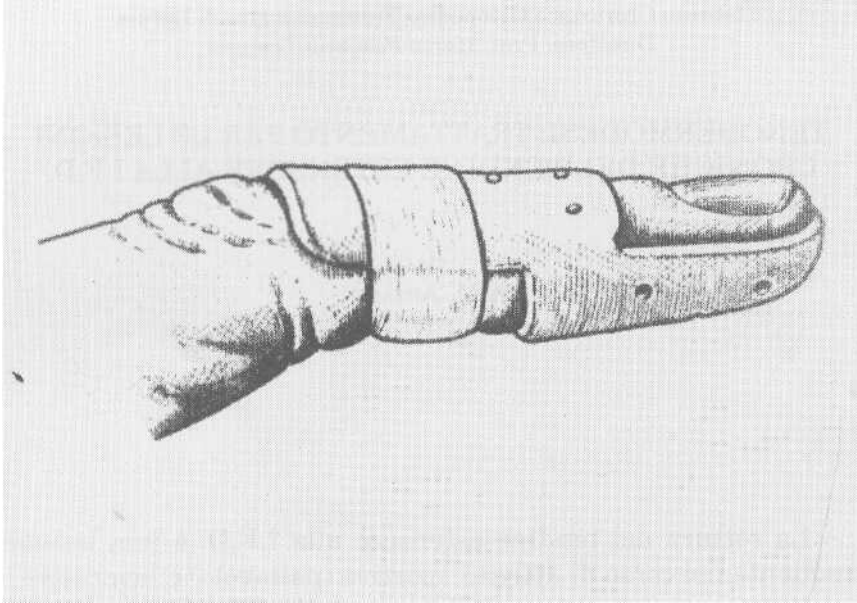


Fig. 1 - Ortesi di Stack.

si, la tenodesi e l'artrodesi (sebbene la tenodesi e l'artrodesi eliminino l'articolari  della I.F.D., sono utili in presenza di problemi di copertura cutanea o di incongruenza articolare e danno dei buoni risultati).

Noi abbiamo recentemente utilizzato l'intervento di tenodermodesi in alcuni di questi casi.

Questo intervento, descritto da Iselin e coll. consiste in una escissione dorsale a livello della I.F.D., a tutto spessore della cute e del callo tendineo, di 3-4 mm (Fig. 2).

Vengono quindi suturati con lo stesso filo la cute, i capi tendinei e la capsula fino ad ottenere una estensione passiva dell'articolazione. Una posizione di lieve iperestensione pu  essere mantenuta con una stecca, con un filo di Kirschner o con un ortesi di Stack, per almeno 30 giorni (Fig. 3).

Noi preferiamo immobilizzare la I.F.D. con un filo di Kirschner in quanto molto meglio tollerato dal paziente e non provoca decubiti (Fig. 4).

La nostra casistica   rappresentata da 3 uomini di 22, 28 e 33 anni.

Tenodermodesi: trattamento per le lesioni croniche

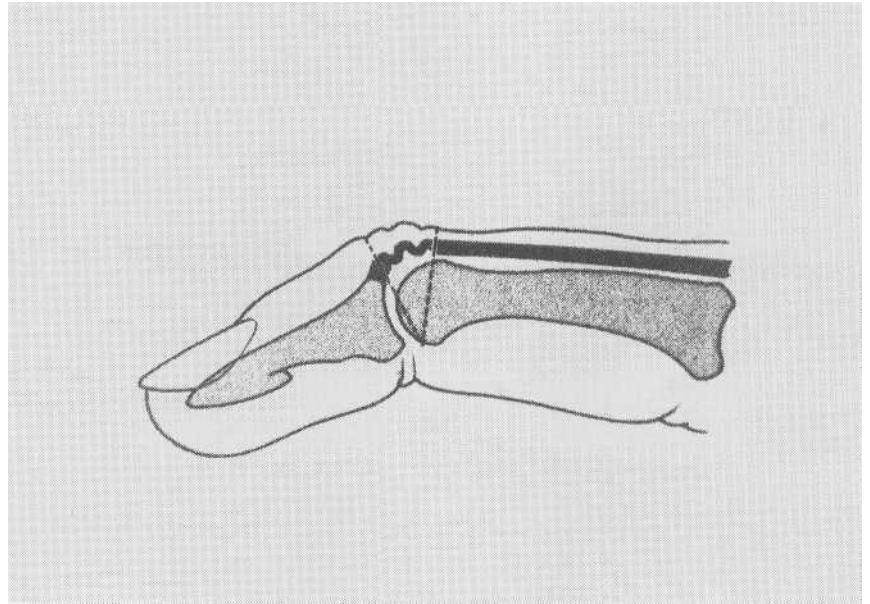


Fig. 2 - Escissione del callo tendineo.

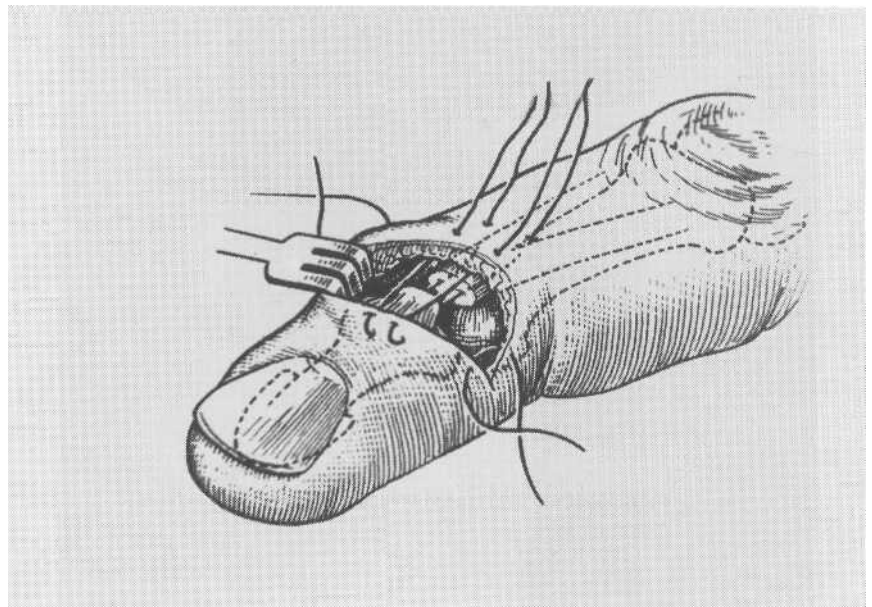


Fig. 3 - Sutura.

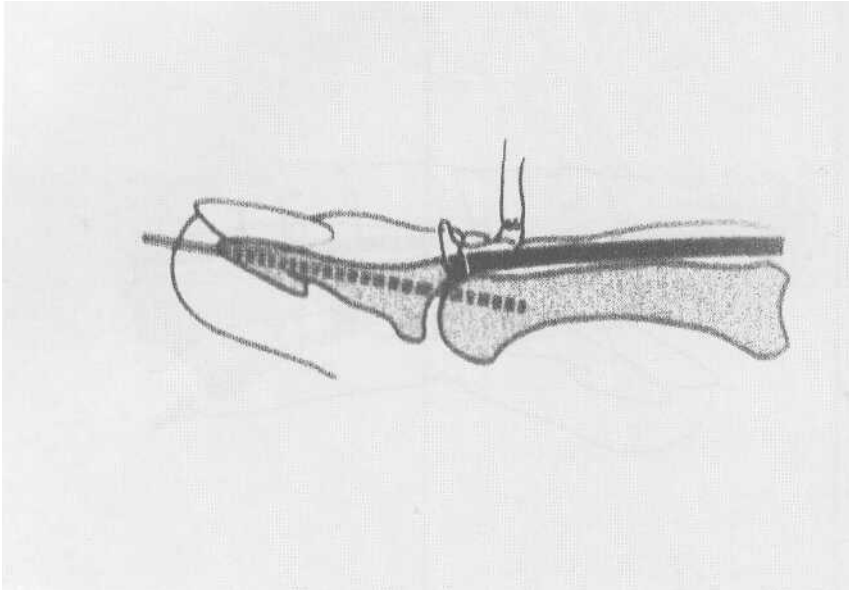


Fig. 4 - Iperestensione della I.F.D. mantenuta con filo di Kirschner.



Fig. 5 - Uomo 42 anni a 3 mesi dopo l'intervento.

Tenodermodesi: trattamento per le lesioni croniche

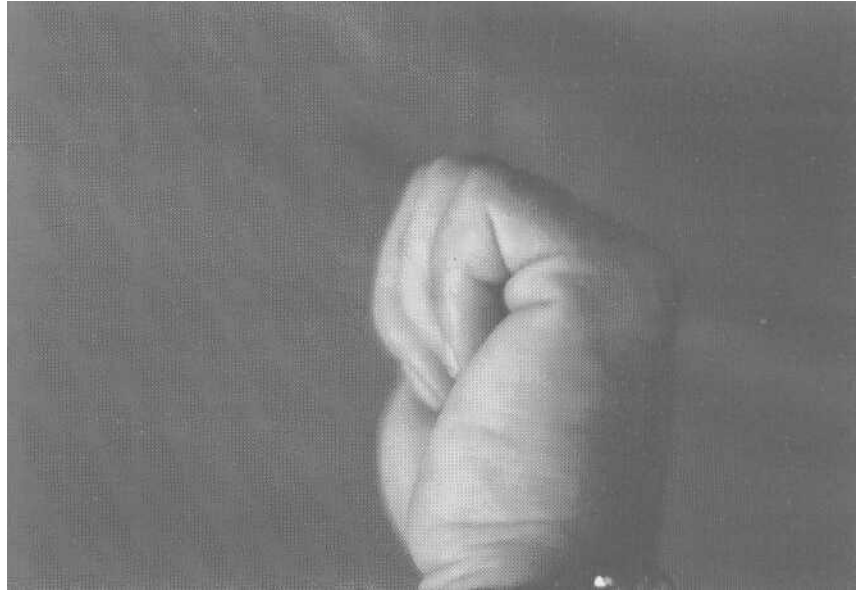


Fig. 6 - Uomo 42 anni a 3 mesi dopo l'intervento.



Fig. 7 - Uomo 42 anni a 3 mesi dopo l'intervento.



Fig. 8 - Uomo 42 anni a 3 mesi dopo l'intervento.

2 lesioni era a carico del IV dito.

1 lesione a carico del V dito.

Le lesioni datavano da 4 mesi a 2 anni.

Il follow-up è min. 5 mesi e max 1 anno.

I risultati funzionali sono stati soddisfacenti con l'ottenimento di una estensione attiva praticamente completa da una limitazione della flessione tra i 20° e i 35° (Fig. 5, 6, 7 e 8).

I pazienti si sono dichiarati soddisfatti.

Riteniamo che questo procedimento sia semplice ed efficace ricordiamo però che è controindicato in presenza di una deformità a collo di cigno già instaurata.

Riassunto

Le lesioni croniche dei tendini estensori della mano a livello dell'articolazione interfalangea distale richiedono un trattamento chirurgico in presenza di sintomatologia.

L'autore presenta la casistica del proprio istituto nell'utilizzazione di una metodica che si è dimostrata efficace: la tenodermodesi.

Bibliografia

- FOUCHER G.: *Les resultats du traitement orthopedique et chirurgical du doigt*. Revue de Ch. Ortop. 1995, 6, 491-496.
- FOWLER S.B.: *The management of tendon injuries*. J. Bone Jt. Surg., 1969, 41A, 579-580.
- ISELIN F., LEVAME J., GODOY J.: *A simplified technique for treating mallet fingers: tenodermodesi*. 3. Hand Surg., 1977, 2, 118-121.
- LITTER J.W.: *Principles of reconstructive surgery of the hand*. In: Converse J.M., *Reconstructive plastic surgery*. W.B. Saunders, Ed. Philadelphia, 2nd ed., 1977, 3126-3127.
- LITTER J.W.: *Commentary on "a new method for Mallet finger" by H. Weinberg et al*. Plast. Reconstr. Surg., 1976, 58, 499-500.
- STRAK H.H., BOYES J.H., WILSON J.N.: *Mallet Finger*, J. Bone Joint Surg., 1962, 44, 1061-1068.
- TUBIANA R.: *Surgical repair of the extensor apparatus of the fingers*. Surg. Clin. North. Amer., 1968, 48, 1015-1031.
- TUBIANA R.: *Traité de Chirurgie de la Main*. Tome 3. Masson, Edit., Paris 1986, 99-180.
- KON M., BLOEM JJAM: *Treatment of Mallet fingers by tenodermodesis*. Hand, 1982, 14, 174-176.
- LIND J., HANSEN L.B.: *Abbrevatio: a new operation for chronic mallet finger*. J. Hand Surg. 14, 147-346.