

TRATTAMENTO CONSERVATIVO PRECOCE NELLA CAMPTODATTILIA

M. SEVES, P. ROSSI, M. RAMELLA

Servizio di Riabilitazione della Mano - U.O di Chirurgia della Mano - CdC S.Maria - Castellanza (Varese)
Gruppo Multimedia - Milano - Cattedra di Chirurgia Plastica - Università degli Studi di Milano

Camptodactyly: early nonoperative treatment.

SUMMARY

Purpose: To analyse the classifications and the conservative protocols employed by the hand surgery operative's units and published in the last 15 years. To compare the above classifications and protocols to the classifications and protocols used in our unit. **Material and methods:** The published conservative protocols were analysed. Furthermore, the protocol we used was described through the analysis of three cases currently treated. **Results:** It has been highlighted that the camptodactyly's classifications are not homogeneous. Moreover, in the conservative treatment, a different typology and posology of splints were used. Our unit employs the Foucher classification to define the type of splint. **Conclusions:** Despite the fact that the choice of the splint is not always the same, the Authors agree that in most cases of camptodactyly, it is important to start with the conservative approach. In our unit, based on the type of camptodactyly, static or dynamic splints of the young patient's hand are performed. The splints are constantly monitored with the goniometer measurements, which have shown the best results. **Riv Chir Mano 2004; 1: 61-64**

KEY WORDS

Camptodactyly, nonoperative treatment, splint

RIASSUNTO

Scopo: L'approfondimento delle classificazioni e dei protocolli conservativi utilizzati dalle unità operative di chirurgia della mano e pubblicati negli ultimi 15 anni. Confronto con la classificazione ed il protocollo utilizzati nel nostro reparto. **Materiali e metodi:** Si sono analizzati i protocolli conservativi pubblicati, si è poi descritto il nostro protocollo attraverso l'analisi di tre casi attualmente in trattamento. **Risultati:** Si è evidenziato una disomogeneità di classificazione delle camptodattilie, inoltre nel trattamento conservativo sono stati utilizzati tutori differenti per tipologia e posologia. Il nostro reparto utilizza la classificazione di Foucher che determina la scelta del tipo di tutore. **Conclusioni:** Anche se la tipologia di tutore non è sempre la stessa, tutti gli autori concordano che, nella maggioranza delle camptodattilie sia importante cominciare con l'approccio conservativo. Nel nostro reparto vengono confezionati sul piccolo paziente tutori statici o dinamici in base al tipo di camptodattilia. Vengono monitorati costantemente con le misurazioni goniometriche che hanno evidenziato ottimi risultati.

PAROLE CHIAVE

Camptodattilia, trattamento conservativo, splint

INTRODUZIONE

La camptodattilia è una rigidità in flessione della interfalangea prossimale (IFP) di origine non trau-

matica che colpisce prevalentemente il V dito. Il trattamento non è sicuramente tra i più facili e scontati. Per lungo tempo, ed ancora oggi in una visione riduttiva della patologia, si è intervenuti

Arrived: 27 November 2003

Accepted: 11 February 2004

Correspondence: Ft. Monica Seves, via Col di Lana, 5a - 21015 Lonate Pozzolo (Varese) - E-mail: moseves@aliceposta.it

chirurgicamente mediante lembi cutanei, ritenendo la componente cutanea l'unica vera responsabile della rigidità.

In realtà un'attenta valutazione clinica, ed una scrupolosa ricerca chirurgica hanno evidenziato come la patogenesi non sia univoca e, spesso, le cause si sovrappongono in modo del tutto casuale.

Ecco perché la camptodattilia è una malformazione congenita non facilmente classificabile. Infatti gli autori non sono concordi sulla responsabilità anatomica della rigidità congenita in flessione della IFP. Alcuni la definiscono come un *disequilibrio tra l'apparato flessorio e quello estensorio*, altri non escludono delle *anomalie dei lombricali*, ma anche *retrazione dei legamenti collaterali* o *disordini reumatici*. Tra le diverse classificazioni esistenti alcune dipendono dalla gravità: *Leggera* (<30°), *Moderata* (30°-60°), *Grave* (>60°), altre dal periodo d'insorgenza: *Precoce*, *Tardiva* (1-4).

Una classificazione utile per il trattamento, utilizzata nel nostro reparto, è quella proposta da Foucher che classifica le camptodattilie in *riducibili* e *irriducibili*, in particolare la classificazione propone una doppia differenziazione: per periodo di insorgenza e per lassità o rigidità della flessione della IFP (Tab. 1) (5).

Se le classificazioni sono disomogenee, tutti gli autori sono invece concordi nel definire elettivo il trattamento conservativo precoce e, solo in caso di fallimento, ricorrono alla chirurgia.

Il trattamento conservativo consiste nel confezionamento di un tutore statico o dinamico, e non tutti i reparti utilizzano lo stesso tipo di tutore dinamico in estensione. Alcuni reparti scelgono la tutorizzazione statica in massima estensione possibi-

le. Altri sostengono l'efficacia dello splint dinamico tipo Capener (2, 4) oppure il tutore dinamico in estensione con molle di Levame (1, 5).

Anche la posologia varia a seconda del reparto. Alcuni indicano come fondamentale il mantenimento dell'ortesi (almeno nei primi mesi) 24 ore al giorno (4), per altri è sufficiente indossarlo solo la notte (5).

Tutti i risultati pubblicati sembrano confermare il miglioramento della rigidità in flessione con l'utilizzo di tutori statici o dinamici utilizzati precocemente.

MATERIALI E METODI

Nel nostro reparto si utilizzano tipologie differenti di splint in base alla classificazione di Foucher. Per le camptodattilie riducibili (tipo IA) si usa un tutore statico notturno (Fig. 1), mentre per quelle irriducibili (tipo IB) il tutore utilizzato è uno splint dinamico in estensione con modulo base circolare, polso incluso e barra tipo Levame come trazione dinamica (Fig. 2). È molto importante confezionare il tutore in maniera corretta, infatti la camptodattilia interessa nella maggioranza dei casi il V dito perciò il tutore dinamico in estensione di IFP deve avere chiusura dorsale, deve stabilizzare molto bene il V metacarpo e deve posizionare la MCF a circa 50° di flessione. Infatti, oltre alla rigidità in flessione della IFP, è spesso presente un atteggiamento compensatorio in iperestensione della MCF (Fig. 3). Inoltre la barretta dinamica deve trazionare mediante un anello in velcro la F2 sulla F1 con forza perfettamente perpendicolare (Fig. 4).

La difficoltà di realizzazione è legata alla complessità dell'ortesi ed alle dimensioni del V dito di un bambino (o di un neonato). Il tutore viene infatti confezionato sin nei primi mesi di vita ed il suo utilizzo è in genere solo notturno; in alcuni casi si può decidere per l'utilizzo diurno solo durante il sonnellino pomeridiano. Infatti il tutore, a nostro avviso, non deve mai impedire l'uso ludico della mano del bambino per evitare di privarlo di una rilevante quantità di stimoli.

Tabella 1. *Classificazione di Foucher.*

Classificazione Foucher, 1995	
Tipo I A Esordio precoce lasso	TIPO II A Esordio tardivo lasso
Tipo I B Esordio precoce rigido (Estensione passiva completa)	TIPO II B Esordio tardivo rigido (positivo alla manovra di Bouvier)



Figura 1. Tutore statico (comptodattilia tipo IA).



Figura 2. Tutore dinamico (comptodattilia tipo IB).

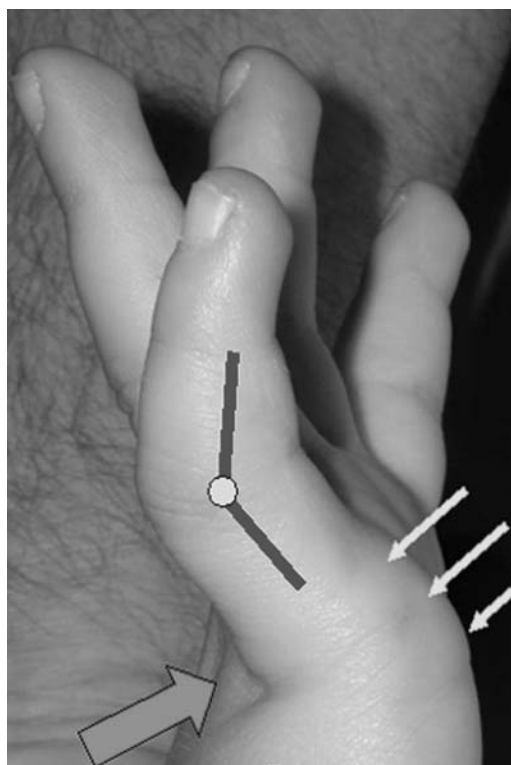


Figura 3. Deformità primaria (IFP) e compensatoria (MCF)

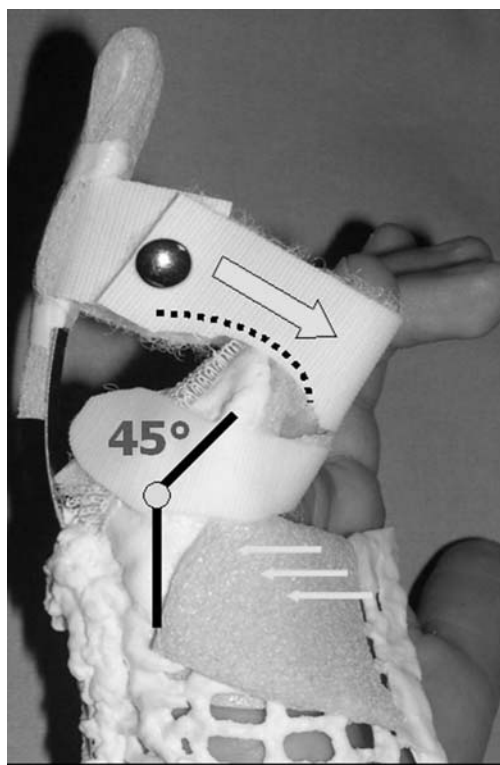


Figura 4. Tutore dinamico: trazione corretta.

Tabella 2. *Riepilogo pazienti.*

Nome ed età	Dito	Tipo	1 ^a visita	Controllo a 3 mesi	Controllo a 6 mesi	Controllo a 12 mesi	Controllo a 18 mesi
Alessia 6 mesi	3° sn	IB	65°	50°	45°	35°	35°
Emanuela 2 anni	2° sn	IB	30°	-	0°	0°	0°
	5° sn	IB	40°	-	20°	0°	0°
	2° dx	IB	30°	-	0°	0°	0°
	5° dx	IB	40°	-	30°	40°	30°
Francesco 2 anni	5° sn	IB	35°	10°	-	0°	0°
	5° dx	IB	40°	20°	-	0°	10°

Sono attualmente in trattamento nel nostro reparto 3 bambini la cui età media all'inizio del trattamento era di 18 mesi. In totale le dita trattate sono 7. I controlli sono stati effettuati a 3, 6, 12 e 18 mesi dal confezionamento del tutore. Presentavano tutti una camptodattilia di tipo IB.

RISULTATI

Inizialmente il tutore è stato in tutti i casi un dinamico in estensione con molle tipo Levame. In alcuni casi si è passati ad un tutore statico durante il trattamento. Nei 18 mesi di trattamento il miglioramento medio è stato di circa 29°.

Dalla tabella riassuntiva si può notare come l'evoluzione, globalmente positiva, possa presentare periodi di peggioramento temporaneo non sempre giustificato. La scelta iniziale del tutore non è quindi una scelta definitiva. Una camptodattilia inizialmente di tipo IB può diventare, dopo qualche mese di trattamento con tutore dinamico, riducibile e quindi si opterà per un tutore di tipo statico (Tab. 2). La tendenza alla recidiva ci costringe a tenere strettamente monitorato il piccolo paziente che, fino al raggiungimento del pieno sviluppo, potrebbe ritornare ad un rigidità irriducibile.

CONCLUSIONI

La camptodattilia è una patologia complessa. Nonostante la varietà di condizioni patogenetiche

riscontrate e la notevole varietà di classificazioni esistenti, la tutorizzazione è considerata da tutti gli autori il trattamento d'elezione, anche perché i risultati chirurgici non sono sempre incoraggianti. Il tutore è statico per le camptodattilie riducibili o dinamico per quelle irriducibili. Va confezionato precocemente e portato la notte, fino al termine della crescita. Un costante ed attento monitoraggio, attraverso le misurazioni angolari della IFP, consente a chirurgo e terapeuta di decidere per un eventuale trattamento chirurgico dopo documentato fallimento del trattamento conservativo.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano: Prof. Giorgio Pajardi, Prof. Guy Foucher, Dott. Giorgio Pivato

BIBLIOGRAFIA

1. Dautel G. Camptodactylies. *Chir Main* 2003; 22: 115-24.
2. Miura T, Nakamura R, Tamura Y. Long standing Extended Dynamic splintage and release of an abnormal restraining structure in camptodactyly. *J Hand Surg* 1992; 17B: 665-72.
3. Siegert JJ, Cooney WP, Dobyns JH. Management of simple camptodactyly. *J Hand Surg* 1990; 15B: 181-9.
4. Hori M, Nakamura R, Inoue G, et al. Nonoperative treatment of camptodactyly. *J Hand Surg* 1987; 12A: 1061-5.
5. Doffin G, Lenoble E, Foucher G, et al. Camptodactylie: classification et résultats thérapeutiques. *Ann Chir Main* 1994;13: 20-5.