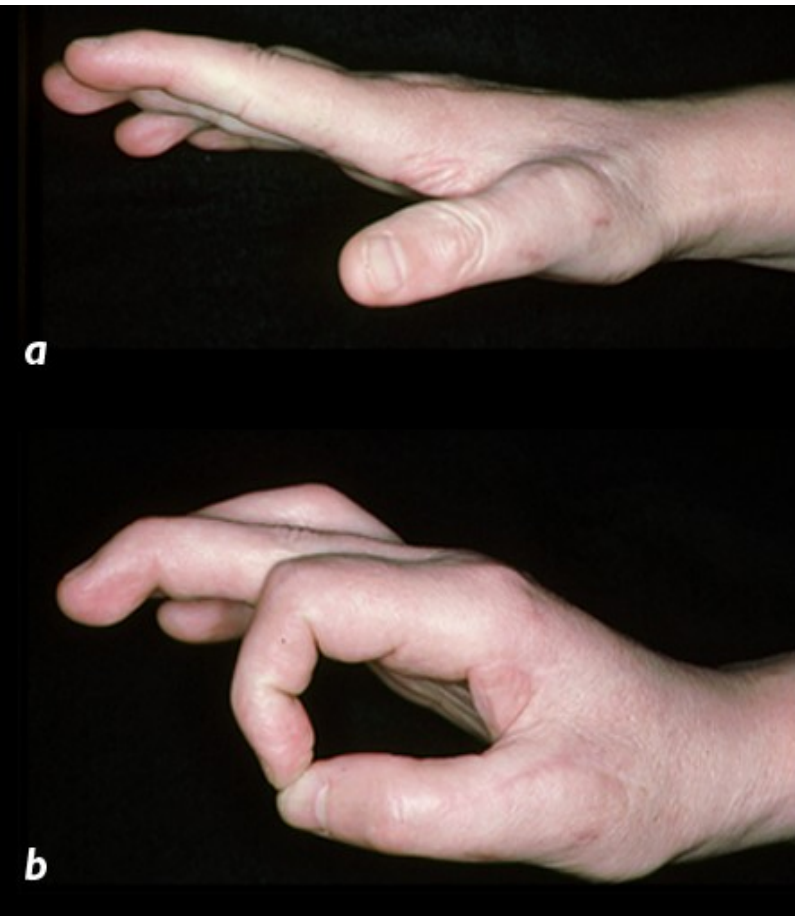


Leziuni nervoase



- Leziuni ale nervilor la nivelul miinii- leziuni ale n median/ulnar la nivelul canalului carpian
 - - leziuni ale nervilor digitali comuni sau proprii ,ram motor n. median la nivelul miinii sau degetelor.
 - leziunile n. median - inalte sau joase, proximal sau distal de originea nervului interosos anterior la nivelul proximal al antebratului.
 - - paralizia joasa - sint paralizati muschii innervati de n. median
 - - musculatura tenara - add. police / oponent / cap superficial flexor lung police
 - - aspectul miinii - “ mina simiana “
 - cu policele in acelaș plan cu degetele ,
 - aplatizarea eminentei tenare ,
- Aceasta conduce la :
- anestezie in teritoriul periferic al n. median
 - imposibilitatea efectuării opoziției policelui

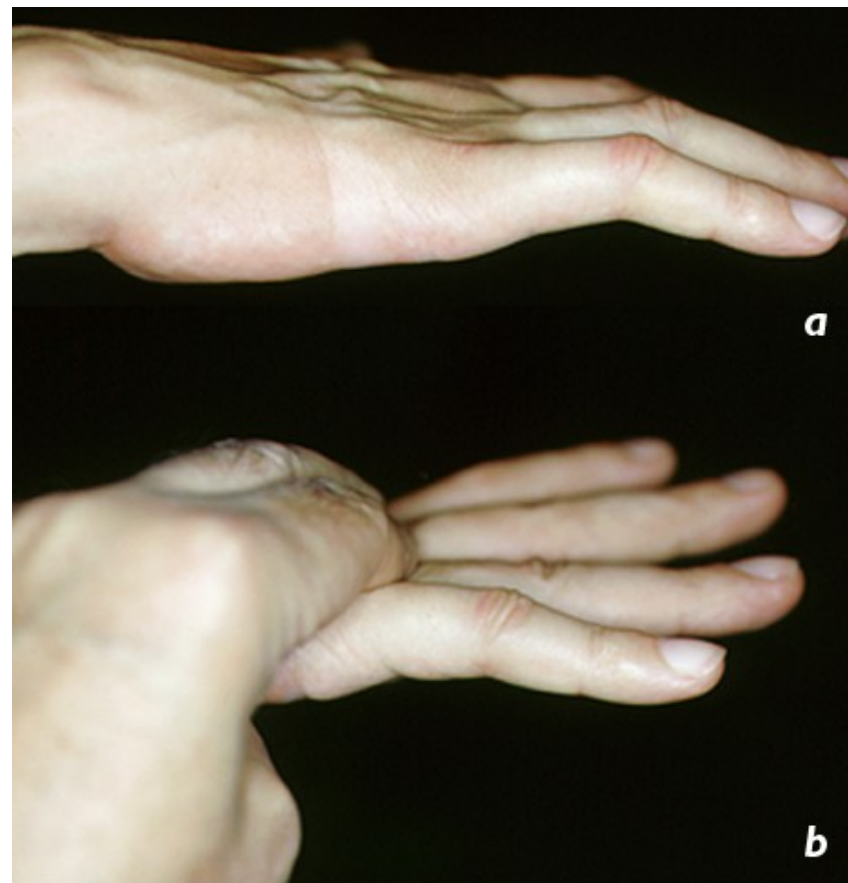
Leziunea nervului median

- leziunile n. median - inalte sau joase, proximal sau distal de originea nervului interosus anterior la nivelul proximal al antebrațului.
- **In paralizia joasa** - sunt paralizati muschii inervati de n. median
 - musculatura tenara - add. police / oponent / cap superficial flexor lung police
 - aspectul mainii - “ mana simiana “ - cu policele in acelasi plan cu degetele si aplatizarea eminentei tenare
 - anestezie in teritoriul periferic al n. median
imposibilitatea efectuării opoziției policelui

- **In paralizia inalta se adauga**
 - paralizia m. rotund si patrat pronator , m. flexor radial de carp ,m. flexor dg. 2-3 ,si flexor lung police
 - piele luciosa si uscata , unghii friabile , stergere reliefuri dermice
 - mana are acelaasi aspect clinic la care se adauga imposibilitatea flexiei dg. 2-3 si police
- Diagnosticul diferential se face cu sindroame de compresie ale n. median - sdr. de canal carpian, compresie la cot (sdr. de rotund pronator) , compresie la arcada flexorilor
- tratament
 - neurorafie n. median (directa sau grefa de nerv)
 - operatii paleative pentru - restabilirea opozitiei policelui , flexie police , restabilire sensibilitatii police

Leziunea nervului ulnar

- **Leziunea josa de n. ulnar**
 - mana are aspectul caracteristic de “grifa ulnara”, datorita paraliziei m. interososi, paraliziei m. eminentei hipotenare, paraliziei m. add. police
 - la inspectia mainii - lipsa prizei laterale dg. 4-5, absenta abd. add degetelor, hiperextensie amf. dg 4-5
- Atrofia spatiilor interosoase si eminentei hipotenare,
- Deficit senzorial interitoriul periferic al n. ulnar -piele lucioasa si uscata, unghii friabile, stergere reliefuri dermice.





- **In leziunea inlata de nerv ulnar se adauga si**
 - Paralizia m. flexor ulnar de carp - deficit de inclinare ulnara
 - Paralizia tendoanelor flexoare dg. 4-5 - lipsa flexiei dg.4-5
- Diagnosticul diferential se face cu sindroame de compresie ale n. ulnar-sdr. canal cubital - la cot ,compresie Osborn, sdr. canal Guyon
- Tratamentul consta in:
 - neurorafia n. ulnar (directa sau grea)
 - operatii paleative - refacere pensa laterala

Leziunea nervului radial

- Aspectul de mana in” gat de lebada “
- Imposibilitatea extensiei degetelor si policelui
- Imposibilitatea extensiei ARC
- Anestezie fata dorsala mina si antebrat.
- Diagnosticul diferential se face cu
 - sdr. de compresie - sdr. de canal radial (sdr. de nerv interosos posterior)
 - sdr. de compresie la arcada Frohse
- Tratamentul:
 - neurorafie (directa sau cu gerfa)
 - operatii paleative de reconstructie a extensiei ARC si degete.



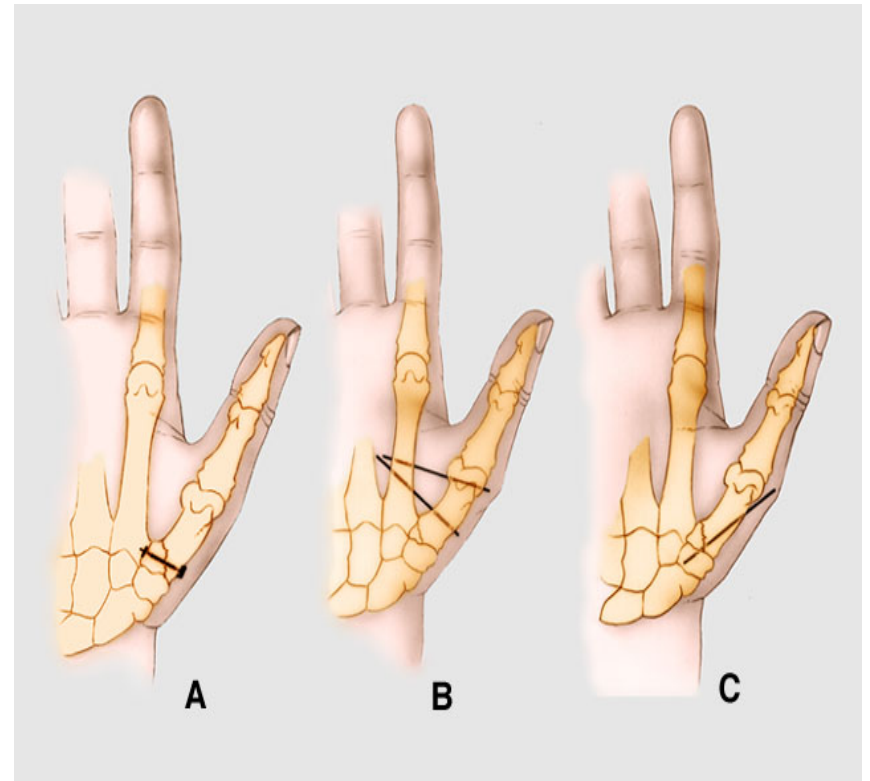
Leziunile ostearticulare

- Diagnosticul de fractura se stabileste pe baza semnelor ***de probabilitate***
 - echimoza
 - deformarea regiunii,
 - durere vie in punct fix
 - functio lesa (impotentia functionala)
- ***de siguranta*** - (cautate fara a agrava leziunea)
 - mobilitate anormala in focarul de fractura
 - crepitatii osoase
 - intreruperea continuitatii osoase
 - netransmiterea miscarii.
- de certitudine -radiografia mainii in trei incidente -fata/profil/oblic

- Fractura metacarpianului I
- fractura bazei - fractura intraarticulara
- fractura in Y (Rolando)
- fractura luxatie (Bennett)
- Diagnostic-. edem, durere , limitarea opozitiei policelui



- Tratament - ortopedic sau chirurgical pentru a nu afecta functiile policelui.
- Trebuie refacut unghiul de deschidere intre m1 si m2



Fracturile metacarpienelor si falangelor

- Frecvent prin traumatisme directe si indirecte si insotite de distrugerii de tesuturi moi
- Diagnostic
 - clinic - semne de probabilitate si de certitudine
 - radiologic in cel putin 2 incidente

- Tratamentul nechirurgical
 - reducere inchisa si imobilizare aparat gipsat 3-6 saptamani - pentru fracturi fara deplasare ale metacarpiene sau falange si multe din fracturile bazei metacarpiene chiar cu o anumita deplasare
 - anumite fracturi extraarticulare ale mc1 sau falangelor policelui (din cauza independentei lui ca raza digitala este acceptabil o anumita deformare ce nu cauzeaza diformitati)
 - fracturi ale gatului metacarpienelor cu deplasare palmara minima .

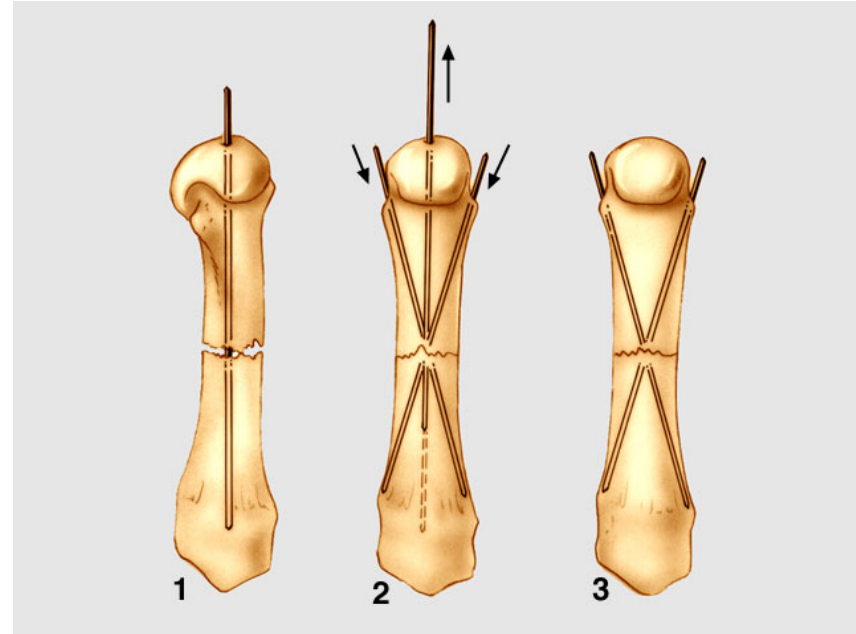
- Tratatamentul chirurgical
- Reducere inchisa si fixare cu brose Kirschner (mai putin folosita) se adreseaza:
 - fracturilor intraarticulare ale bazei policelui
 - fracturilor transverse sau oblice ce pot fi reduse inchis
 - fracturi ale gatului sau corpului mc sau falangelor cu un anumit grad de angulare
- Reducere deschisa si fixare interna:
 - fracturi ireductibile ortopedic sau instabile
 - fracturi spirale sau oblice insotite de malrotatii
 - fracturi intraarticulare
 - fracturi deschise cu sau fara pierderi de substanta osoasa

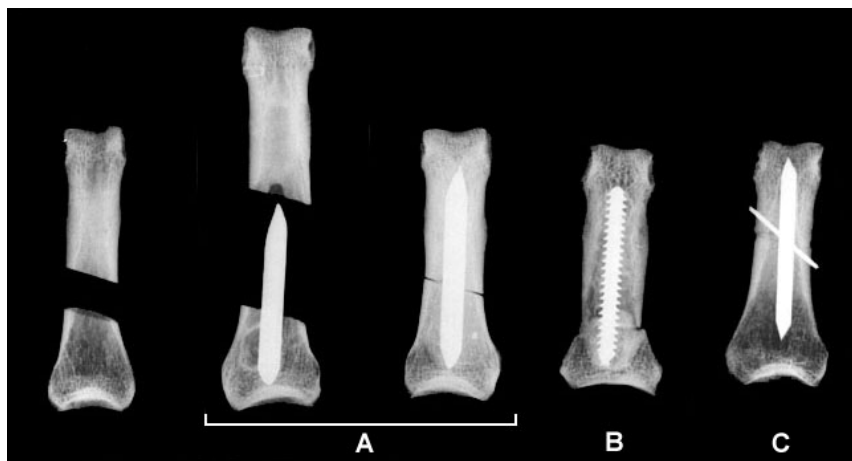
- **Fracturile de cap MC**
- Cominutive intraarticulare
 - tratament chirurgical - tractiune continua transosoasa
 - artrodeza (desfiintarea articulatiei si fixarea oaselor intr-o pozitie de functie
 - artroplastie (nu in tratament in urgenta imediata)
- Necominutive
 - fixare osoasa cu suruburi ,placute in “T” , ”Y “ ,suruburi , brose “K “ sau cerclaj
- **Fracturi col MC -**
- tratament ortopedic -reducere si imobilizare fractura boxerului -specifica mc 4-5 a caror articulatie CMC are 20-30 grade
- Tratament chirurgical - fixare cu brose “K” ,cerclaj ,suruburi ,placute cu suruburi la angulatii mai mari



Fracturi corp si baza metacarpiene

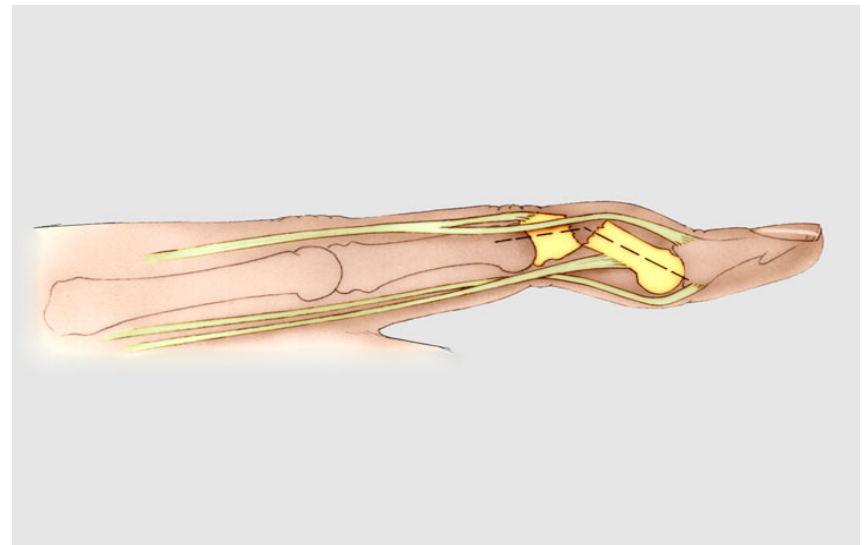
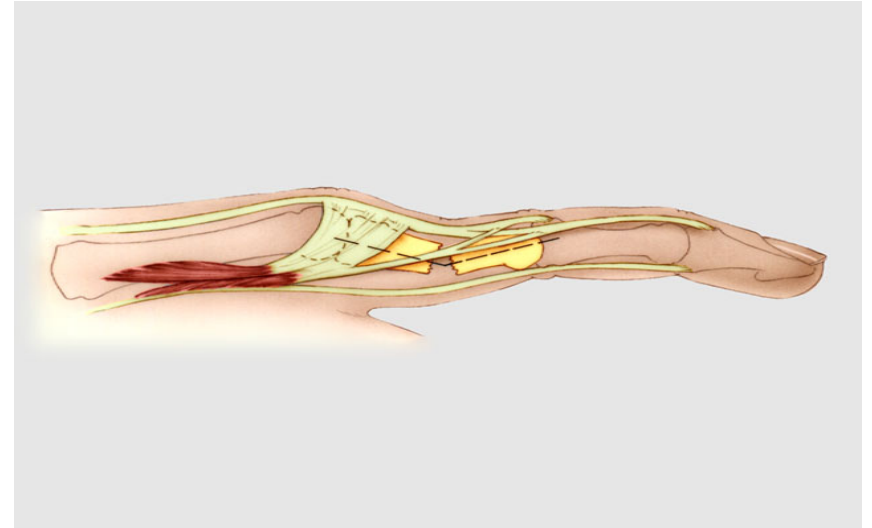
- Transversale ,oblice ,cominutive
 - Tratament - ortopedic - reducere inchisa si imobilizare
 - Tratament chirurgical - reducere inchisa si fixare
 - Reducere deschisa si fixare - brose "K" , brose "K" si cerclaj ,fixare intramedulara ,surub de compresie intramedulara ,placa si suruburi,cerclaj la 90°
 - *Fractura cominutiva sau cu pierderi de substanta osoasa* - fixator extern
urmat de grefon de os (iliac) in timpul operator urmator.
- Fractura de baza MC - mai rare pt. metacarpienele 2-3 ,datorita mobilitatii scazute, fracturi mc 4,5 -fracturi luxatie - tratamentul ortopedic -cel mai frecvent
- Tratament chirurgical - fracturi deschise cu sau fara deplasare





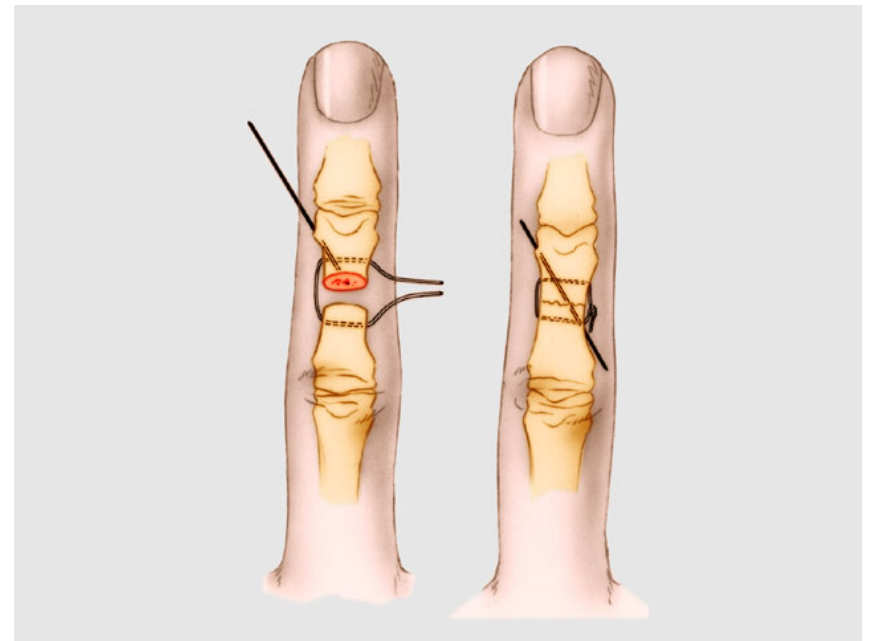
- Fracturile falangelor

- mecanismul de producere cel mai frecvent cel direct
- fracturi cominutive sau intraarticulare



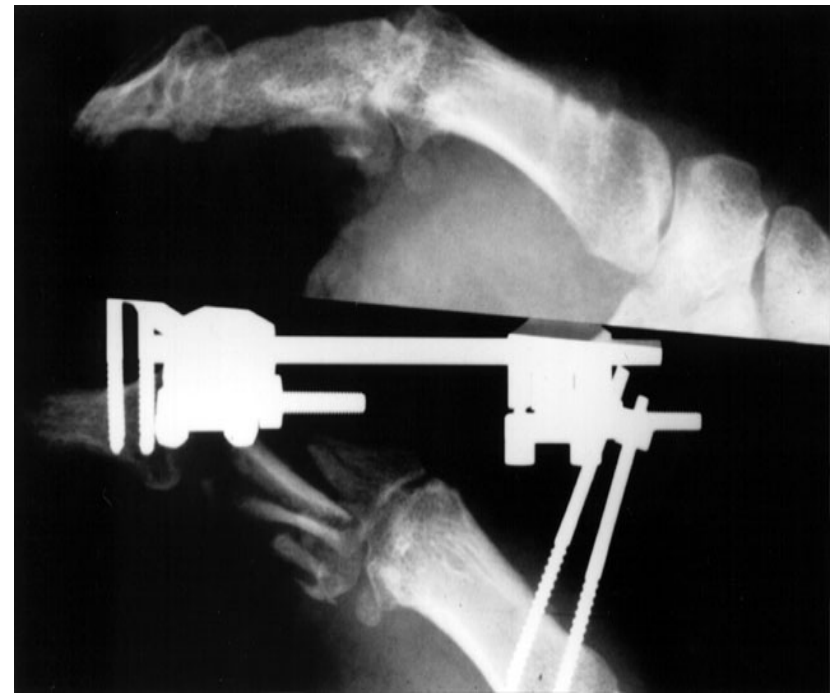
- Falanga distala - frecvent prin zdrobire - fracturi cominutive cu devitalizarea tesuturilor moi
 - Tratament chirurgical - eschilectomie ,excizie si inchidere cu refacere de matrice unghiala
 - Fragmentele mari se fixeaza sau se trateaza ortopedic in cazul fracturilor inchise

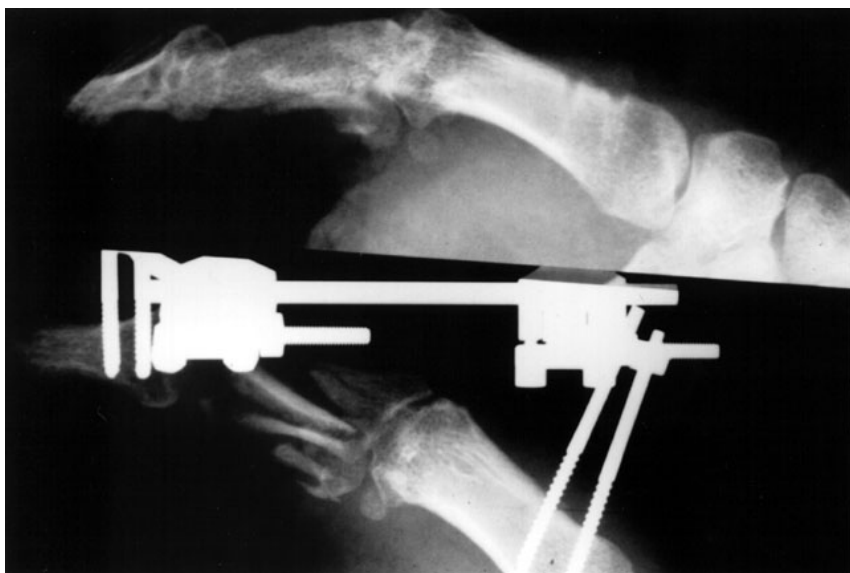
- Falangele 1,2 - trasee de fractura transversale ,oblice ,cominutive
- Tratament
 - reducere inchisa si imobilizare
 - reducere deschisa si fixare cu brose "K" ,surub ,fixare intramedulara (brosele pot strabate aif dar nu amf)

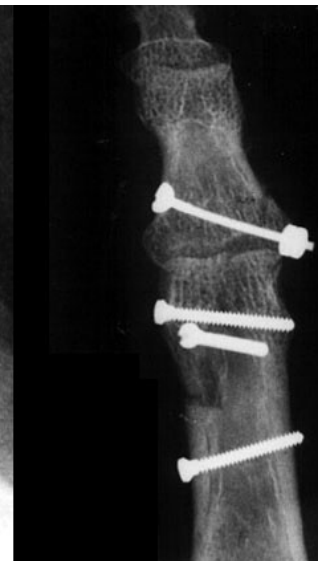




- tractiune continua transosoasa sau fixator extern pentru fracturi cominutive sau intraarticulare

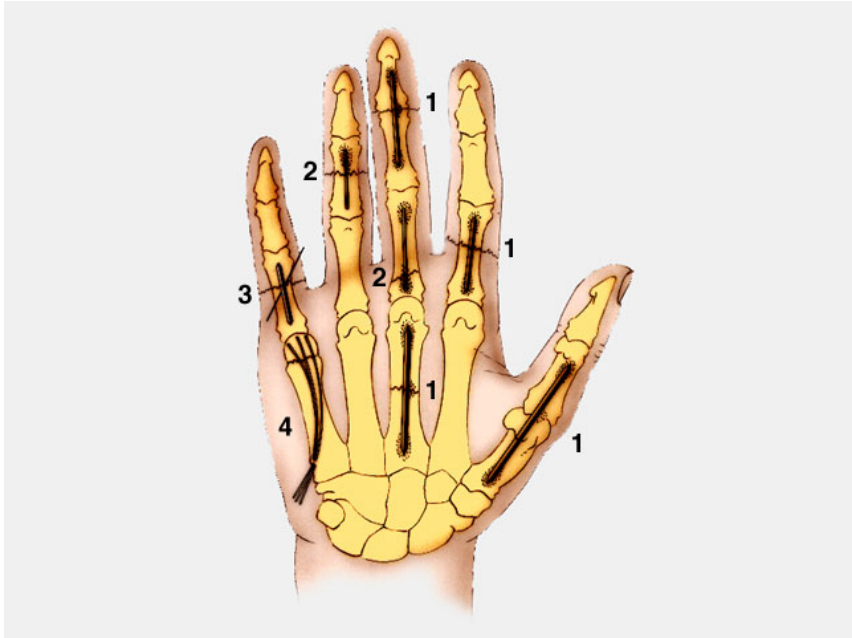












Imobilizarea miinii

- Atelele gisate sau din plastic au un rol important tratamentul fracturilor - in cazul in care este folosita pentru mentinere unei reduceri atela trebuie sa depaseasca o articulatie proximal si una distal de focarul de fractura
- In cazul folosirii broselor “Kirschner” este necesara si imobilizarea externa
- Atela trebuie sa depaseasca ARC pentru a bloca forta flexorilor ce pot duce la deformari
- Imobilizarea se face in pozitie de repaus (in care se minimalizeaza contractura articulatiilor) - flexie amf 70-90* ,extensie aif 0-10* , abd. palmara a policelui

Complicatiile fracturilor

- Maluniune cu angulare, scurtare, malrotatie
- Maluniune intraarticulara, pseudartroze
- Adeziunea tendoanelor la calus, disfunctie m. interososi
- Infectia
- Aparitia hematomului postfractura poate duce la aparitia compresiei in lojile muschilor interososi ce duce la ischemie si retractia musculara

Infectiile degetelor si mainii

Panaritiul-inflamatie acuta dezvoltata la nivelul degetelor mainii sau piciorului.

Etiopatogenie:

Bacterii:

- 1.Coci gram+:stafilococ, streptococ, peptococ, peptostreptococ,enterococ.
- 2.Bacili: aerobi(corinebacterii), sporogeni(clostridium)

3. Aerobi gram-: pseudomonas si facultativi
anaerobi: E. coli, enterobacter, klebsiella

4. Virusuri:

- Herpes
- Citomegalovirus
- Adenovirus
- Varicela , zona-zoster.

5. Fungi:

- Candida
- Fusarium

Panaritii superficiale: dezvoltate in grosimea tegumentului, intre eritem si derm.

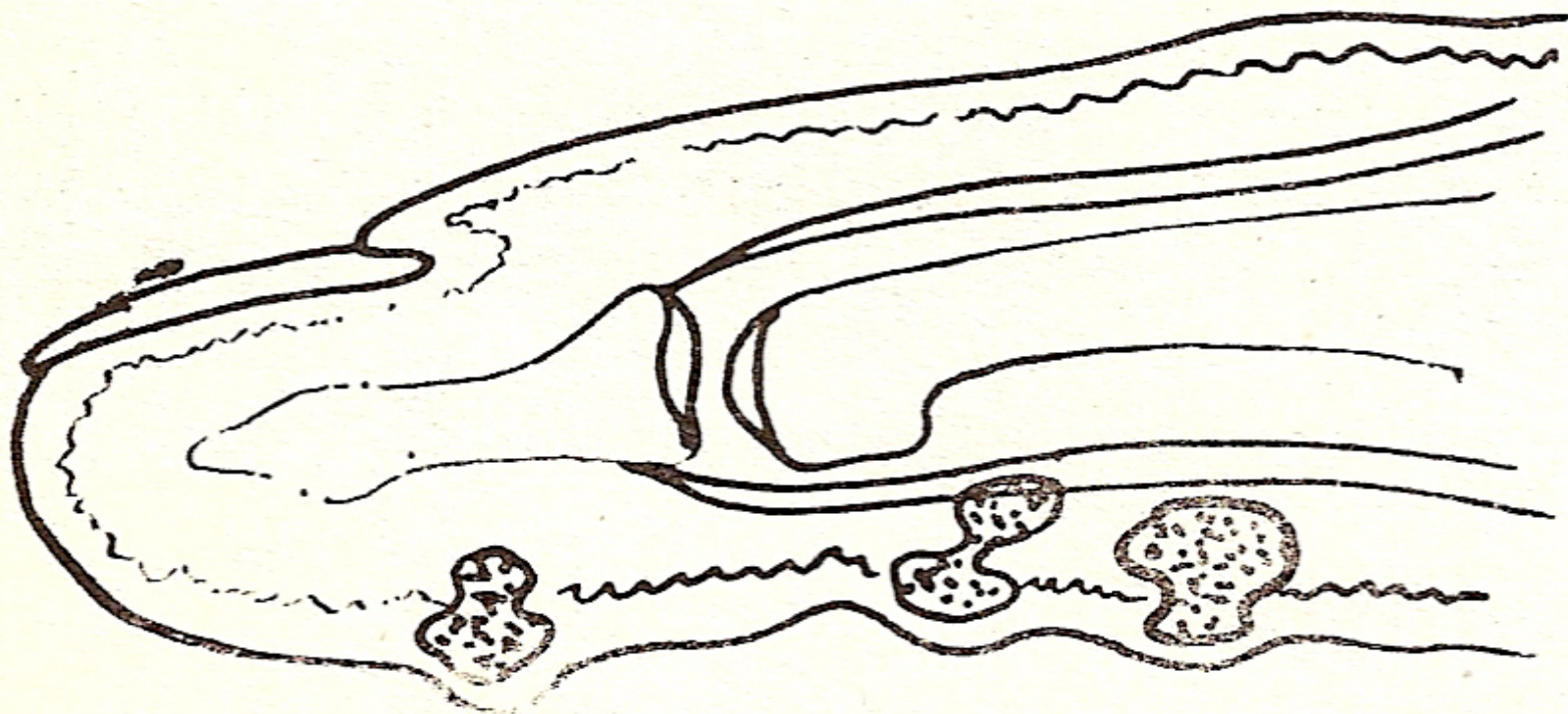
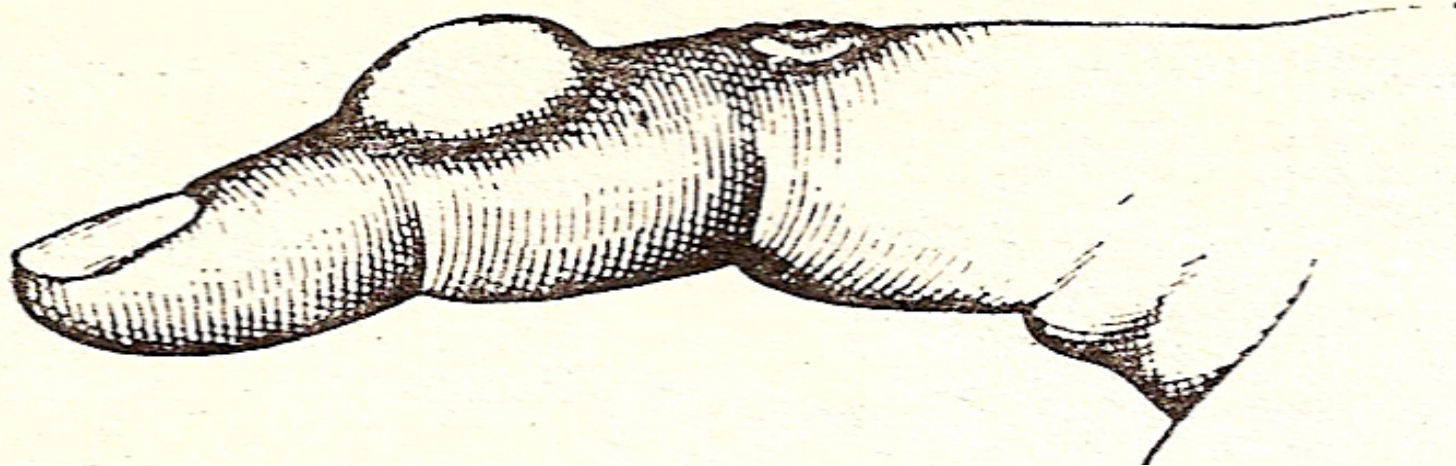
Clasificare: -

- Eritematos
- Flictenular;
Unghial;
- Furunculul sau carbunculul

Panaritiul eritematos- dezvoltat în grosimea tegumentului în rețeaua limfatică reticulară-linfangită reticulară a degetului. Clinic: zonă de congestie, hiperemie dureroasă spontană și la apăsare.

Panaritiul flictenular- dezvoltarea unei flictene purulente în urma acumulării exudatului inflamator care decolează o zonă dintre epiderm și derm.

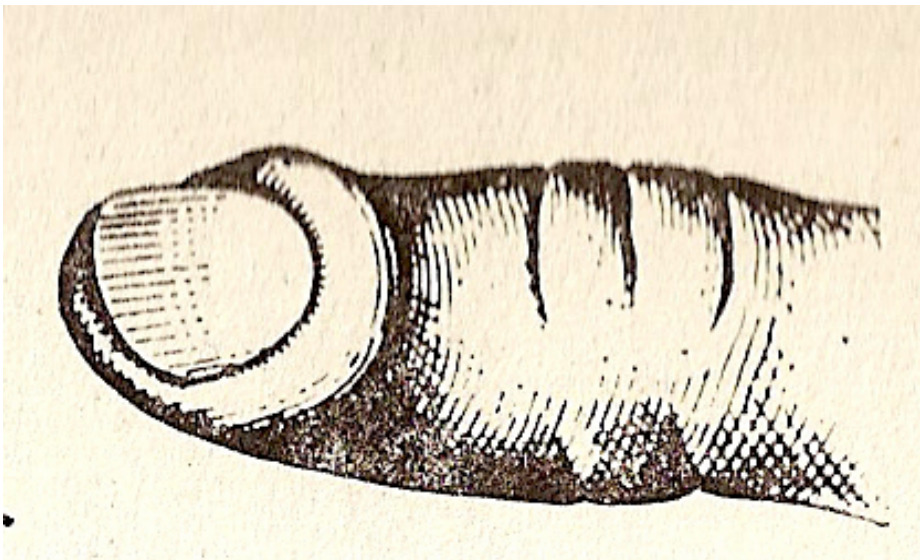
Poate urma unui panaritiu eritematos sau poate fi o manifestare a unui panaritiu mai profund, subcutanat; realizând forma care se numește “în butun de cămășă”



Panaritiul unghial

1.periunghial sau paronichia dezvoltat in grosimea repliului unghial, la baza unghiei sau in potcoava.

Clinic:-durere, tumefactie si hiperemie periunghiala, ulterior flictena cu continut initial serohematic si apoi purulent.

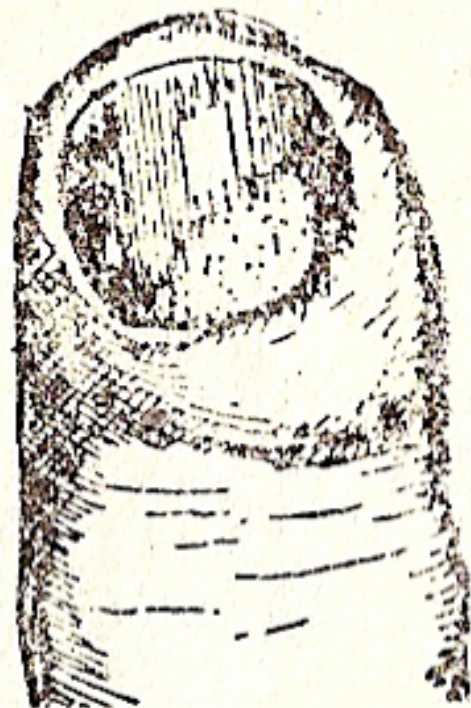
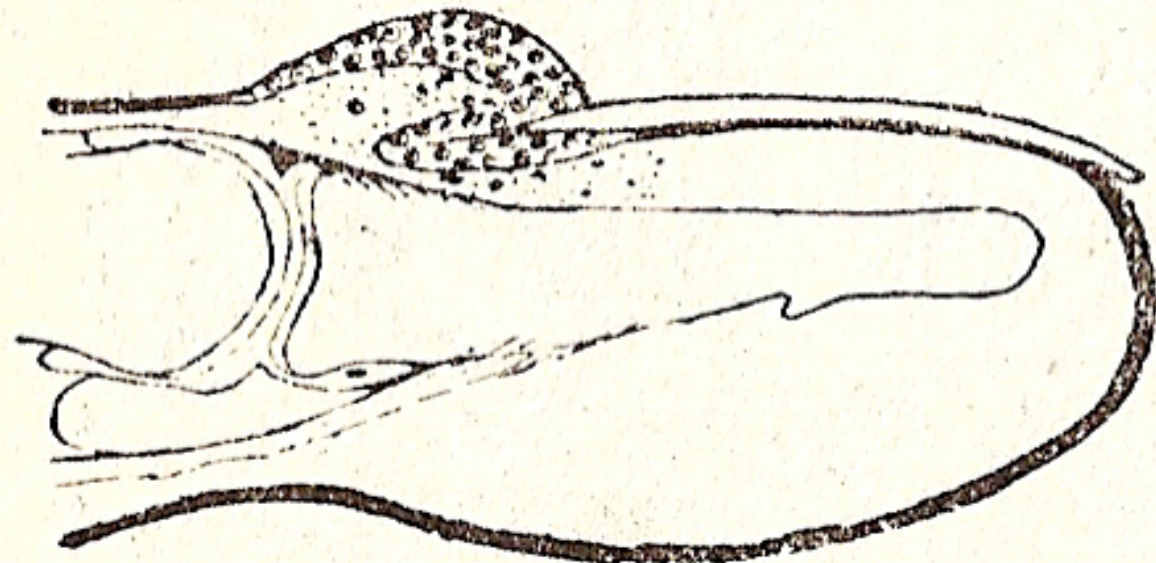
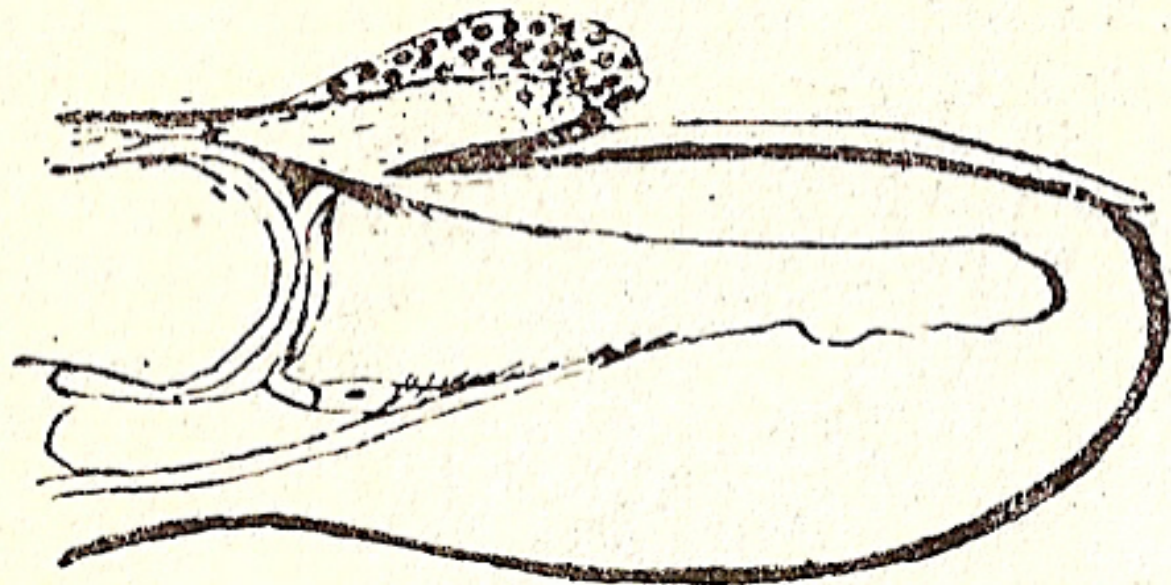


Panaritiul
periunghial in
potcova

2 Subunghial-prezenta puroiului in spatiul subunghial secundar unui panaritui periunghial sau primitiv.

Clinic:durere pulsabila, puroiul poate fuza in falanga distala sau se poate evacua spontan.

In urma tratamentului chirurgical daca unghia nu se elimina poate apare la marginile unghiei un mugure carnos ce sangereaza la atingere format din tesut de granulatie- botriomicom.



Furunculul degetelor: dezvoltarea infecției la nivelul unuia sau mai multor foliculi pilosebacei.

Panaritiile subcutanate

Sunt in primul rand o celulita acuta.

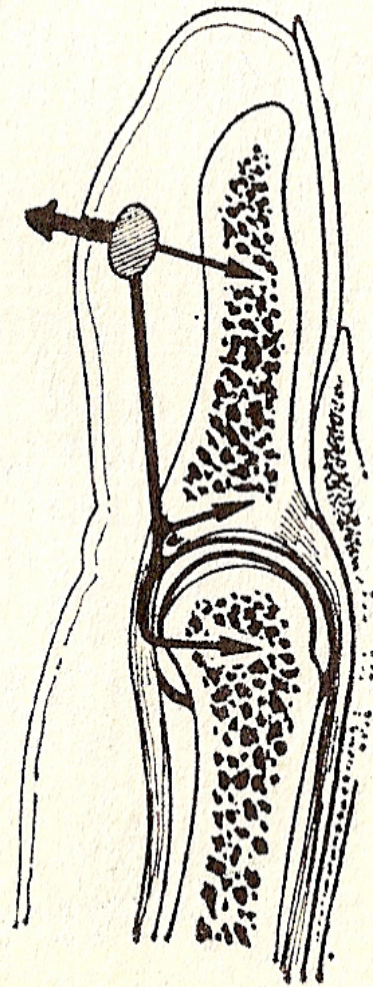
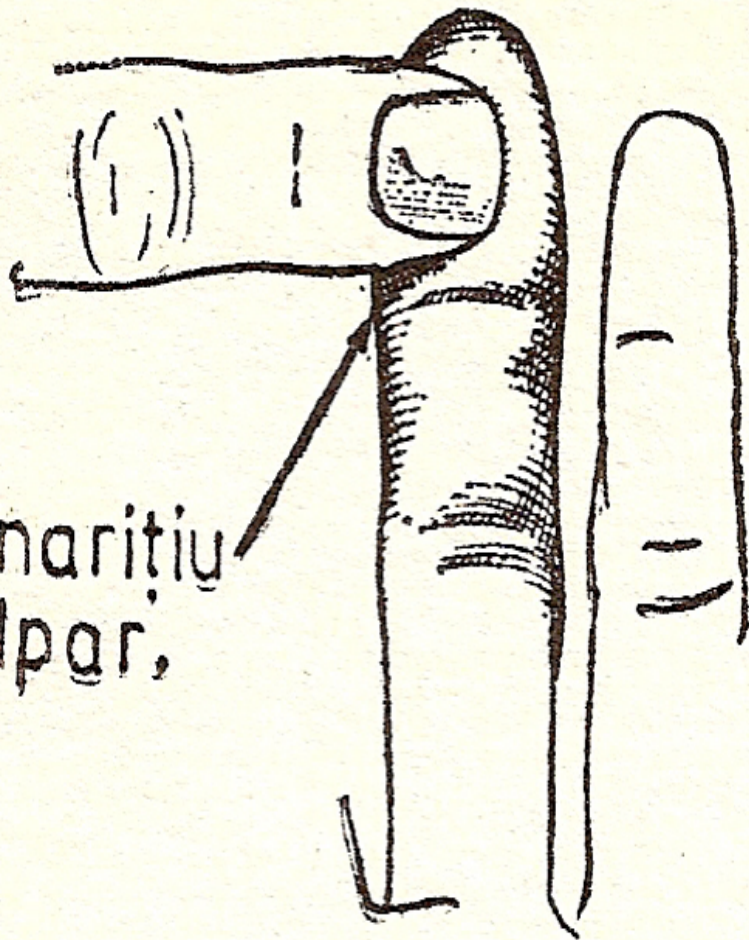
Reprezinta o inflamatie ce se dezvolta in grosimea tesutului celular subcutanat cu localizarea cea mai frecventa la nivelul pulpei degetului.

Panaritiul pulpar

Clinic:tumefactie, eritem, durere pulsatile, exagerata de declivitatea maini, pierderea pseudofluctuentei normale a pulpei degetului devenind dura fara elasticitate.

Tesutul conjunctiv al lojei pulpare este trabeculat, trabecule ce se insera pe periost rapid se poate grefa infectioa la nivelul osului. Evolutia spontana spre fistulizare la exterior si frecvent se opreste sub epiderm realizand panaritiul in buton de camasa; sau difuzeaza in profunzime si da osteita falangei.

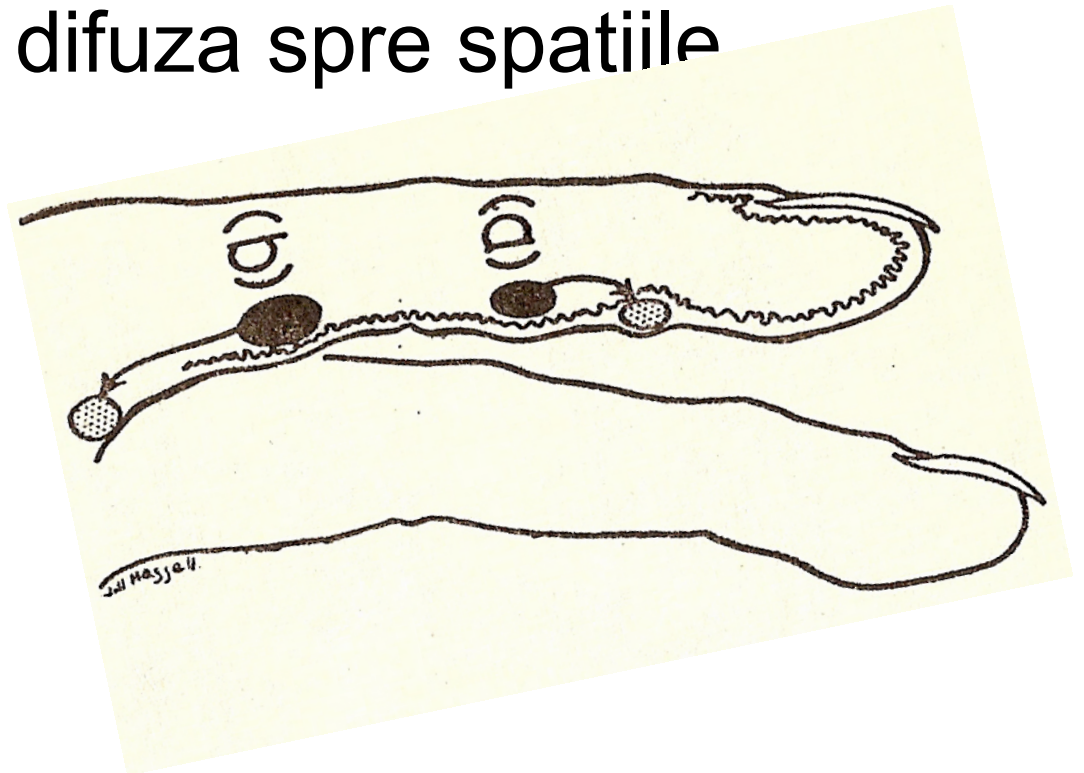
Panaritiu
pulpar,



Panaritiile subcutanate ale lojeilor falangelor mijlocii si proximale

Sunt rare.

Cele ale lojei medii raman claustrate la acest nivel datorita caracterului inchis al lojii, cele proximale pot difuza spre spatiile comisurale.



Panaritiile profunde

Clasificare:

1. panaritiul osos (osteita falangelor)
2. panaritiul articular (artrita si osteoartrita interfalangiana si intermetacarpofalangiana)
3. panaritul tenosinovial (tenosinovita acuta supurata a degetelor)

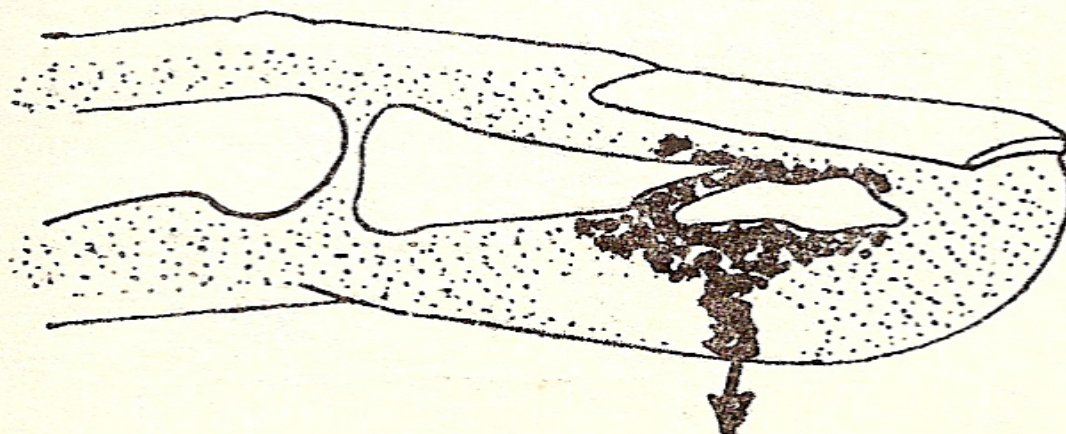
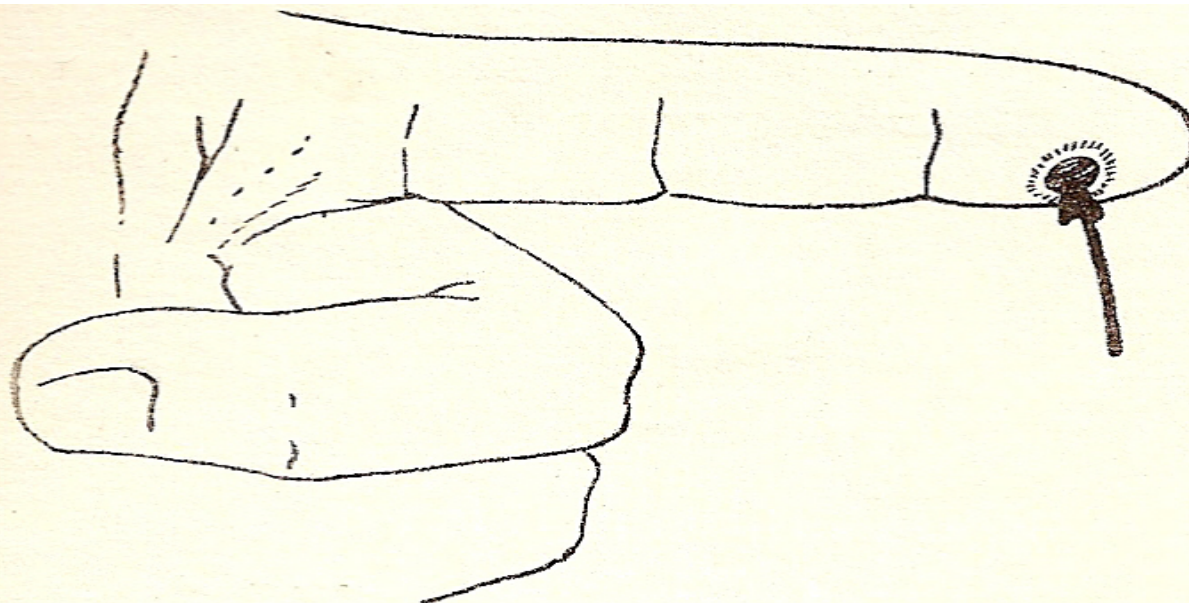
Osteita falangelor

-secundar infectiei de vecinatate si mai rar primitiv.

Bolnavul se prezinta cu un panaritiu neglijat ce a fistulizat spontan la exporarea caruia se poate observa os falangian denudat sau sechestru osos.

Panaritiul diag si tratat ca subcutanat care nu se inchide dupa 4-5 zile si lasa o fistula prin care dreneaza secretii. Rx.deget afectat este obligatorie in aceste conditii.

Panaritul osos se poate vindeca in 8 sapt. Dar se poate ajunge si la necroza falangei sau la difuzarea infectiei si constituirea unei osteoartrite supurate.



Panaritiul articular si osteoarticular

Clinic:

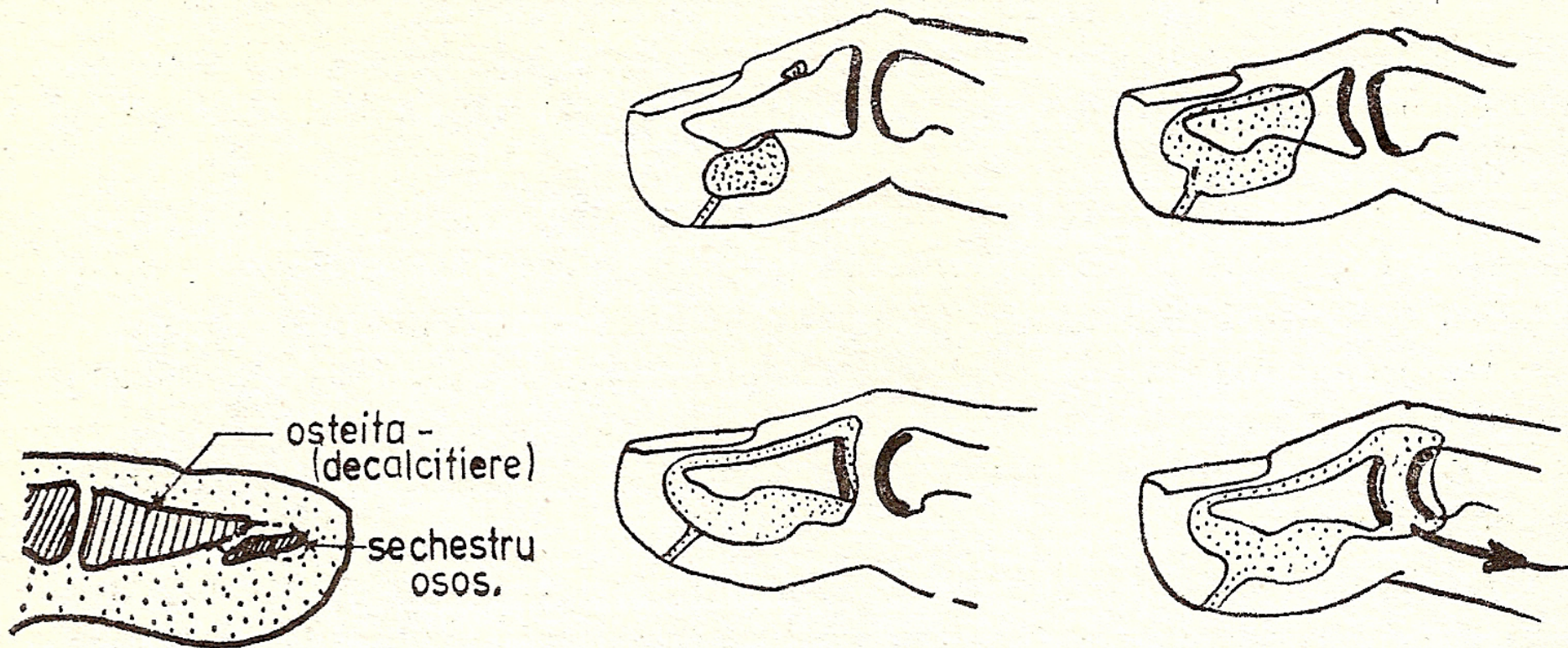
plaga la nivelul reg artic sau in vecinatate,
-semnele unei inflamatii acute.

- un panaritiu cu evolutie trenanta,
-miscarea de lateralitate pasiva exagerata
in articulatia afectata.

Puroi la mobilizarea articulatiei

Diag de certitudine in urma rx. Si
exporarii chirurgicale.

Osteoartrita interfalangiana ca si necroza falangiana duce la compromiterea definitiva a miscarilor articulare



Tenosinovita degetelor-se refera la degetele 2,3,4.
sunt cele mai grave datorita usurintei cu care se produc si leziunile ireversibile
dificultatile terapeutice si riscul de difuzie a infectiei.

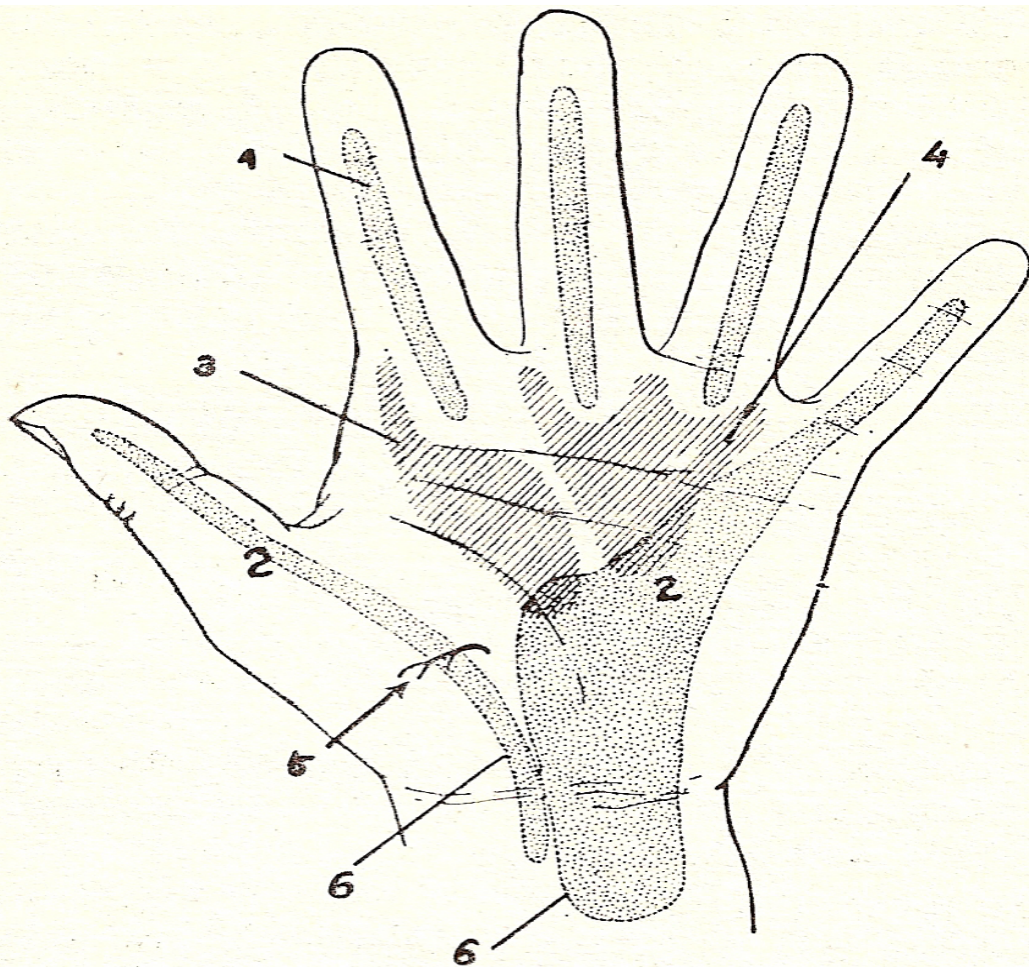


Fig. 7.28. Topografia tecilor sinoviale și compartimentelor conjunctive ale mînii și degetelor : 1 – Teaca sinovială a degetelor 2, 3, 4 ; 2 – Tecile sinoviale ale policelui și degetului 5 ; 3 – Compartimentul conjunctiv tenar ; 4 – Compartimentul conjunctiv medio-palmar ; 5 – Ramură nervoasă tenară provenită din nervul median, loc de difuziune a infecției medio-palmarie în regiunea tenară de-a lungul spațiului din jurul nervului ; 6 – Prelungirea tecilor sinoviale ale degetelor 1 și 5 în regiunea lui Pirogov-Parona.

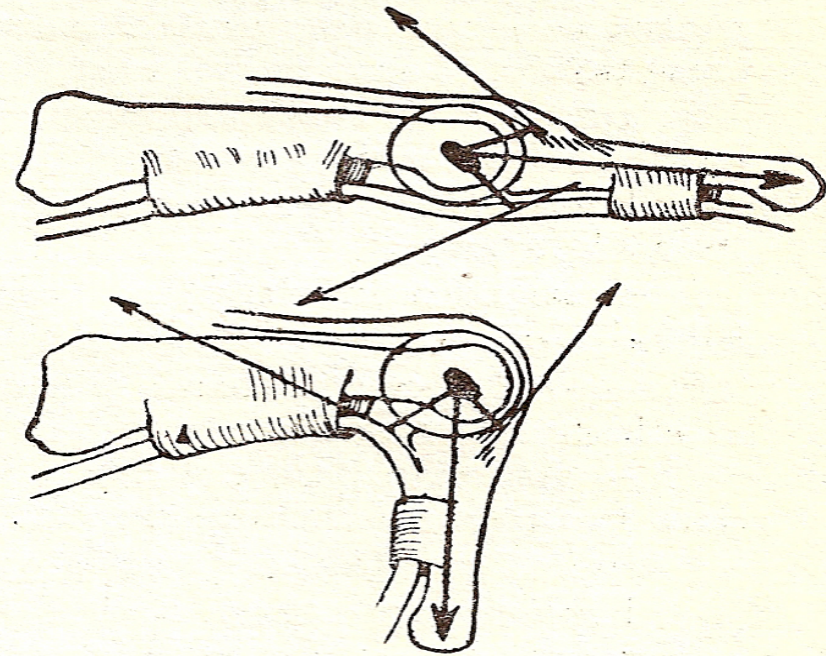


Fig. 7.29. Benzile fibroase care gîtuiesc tecile sinoviale ale flexorilor degetelor mînii.

Clinic:

- pozitia in carlig a degetului afectat ce e ireductibila datorita durerii,
- durere spontana si provocata prin palparea traiectului si limitelor tecii sinoviale.

Evolutia spontana duce la ruperea tecii la nivelul fundului de sac proximal, urmat de atenuarea durerii si extinderea procesului inflamator la mana.

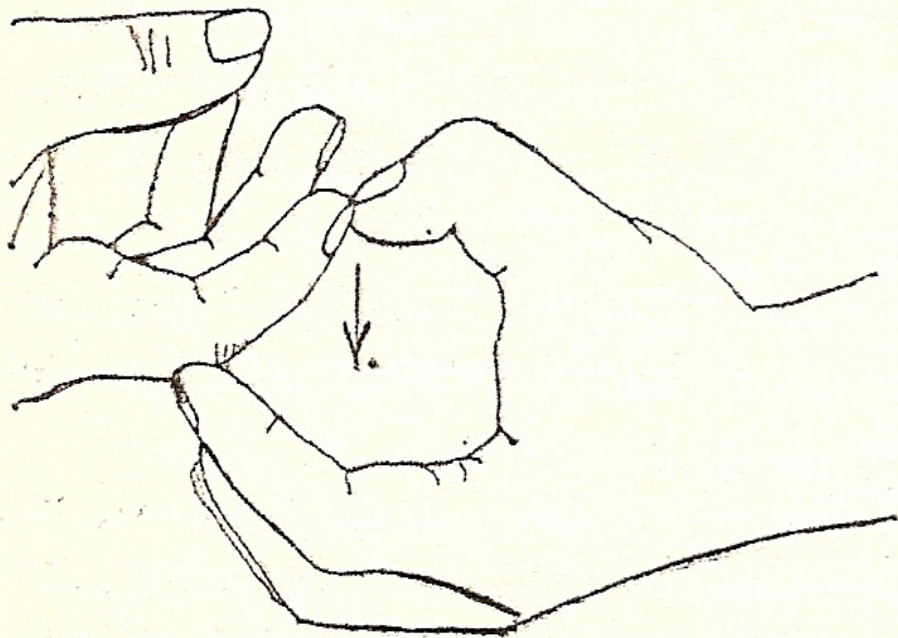


Fig. 7.30. Manevra de evidențiere a durerii, la încercarea de extensie în cazul tenosinovitei acute.

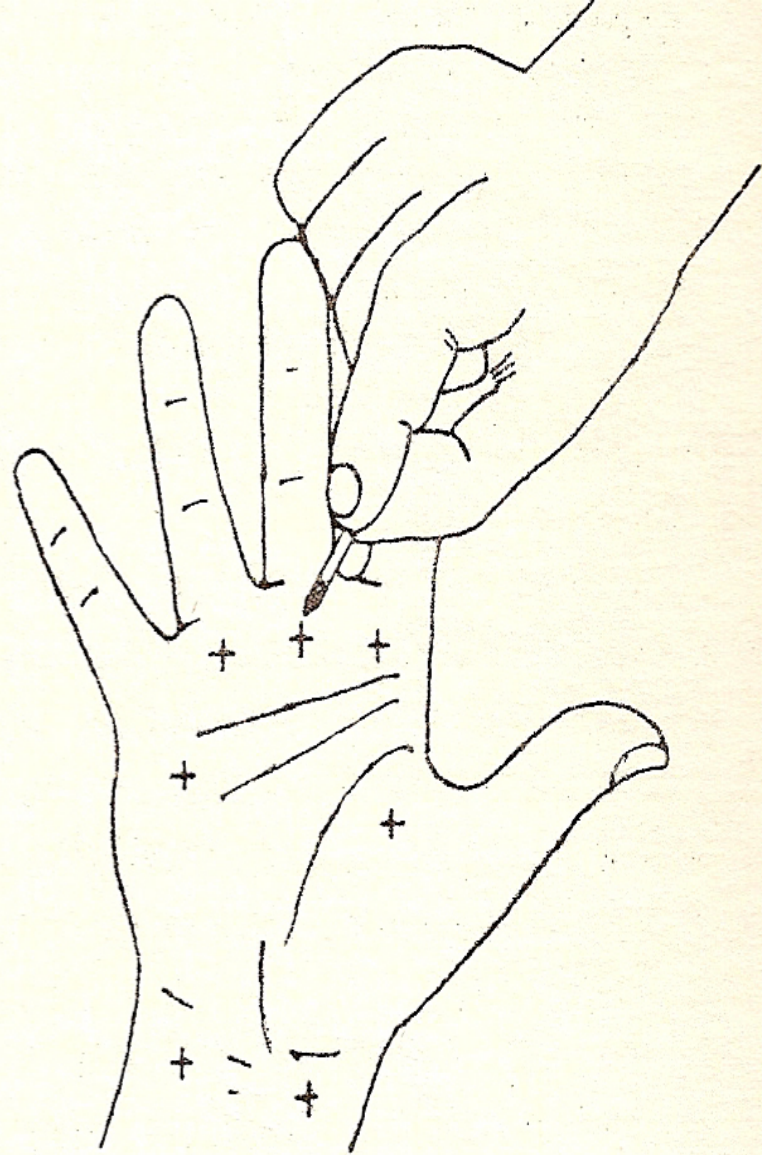


Fig. 7.31. Punctele corespunzătoare fundurilor de sac proximale ale degetelor 2, 3, 4 și punctele dureroase ale tecilor degetelor 1, 5.

Tratamentul panaritiilor

In faza congestiva:

- pozitia elevata a maini
- antialgice
- antibiototerapie

In faza supurativa :

- anestezie locala xilina 1%;
- incizie pe zona maxima de fluctuenta;
- recoltare material pentru cultura microbiana si antibiograma;
- drenaj adecvat;
- atentie la panaritiul buton in camasa
- pansament
- antibiototerapie
- antialgice

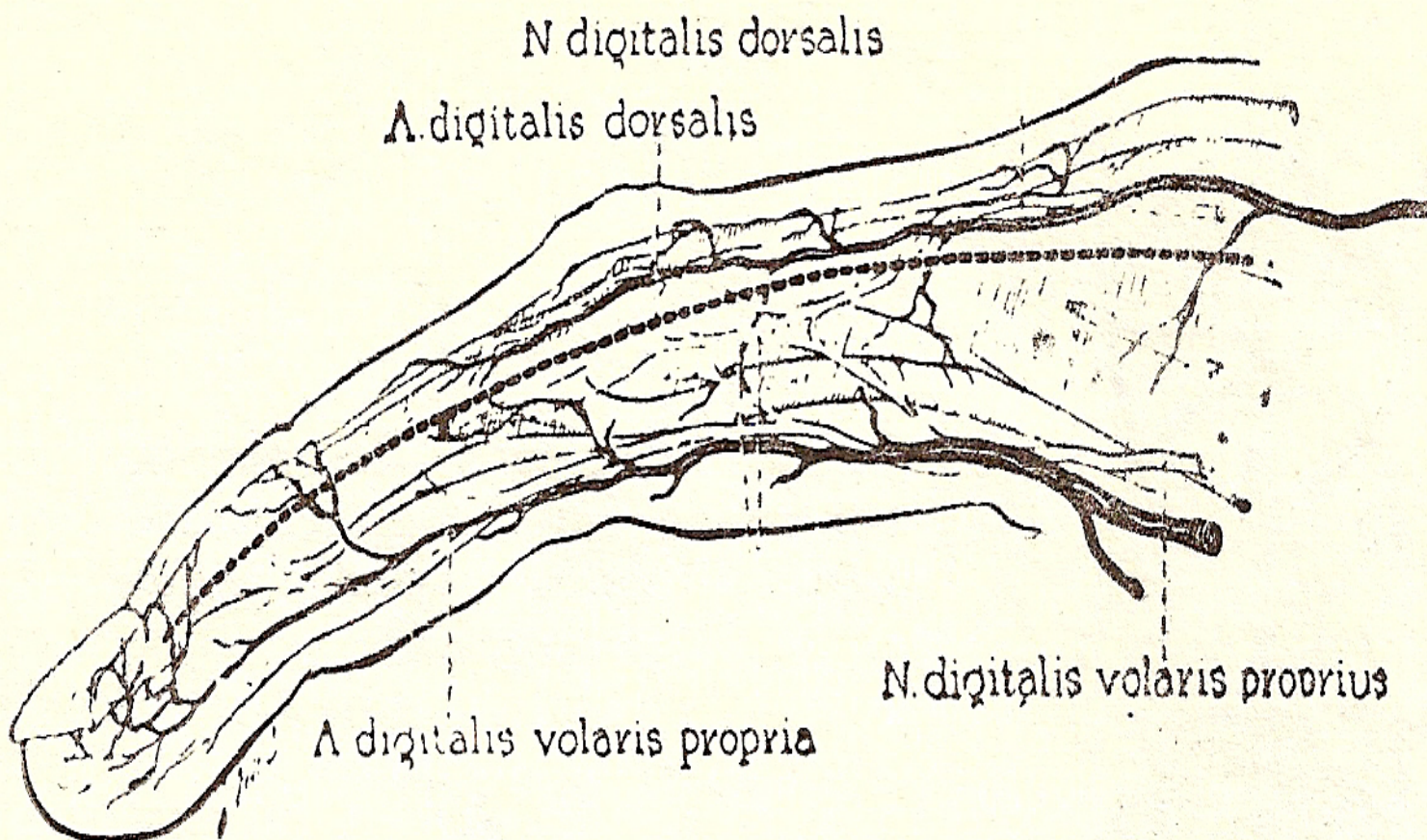


Fig. 7.39. Topografia vaselor și nervilor degetelor mâinii și proiecția inciziilor (linia punctată).

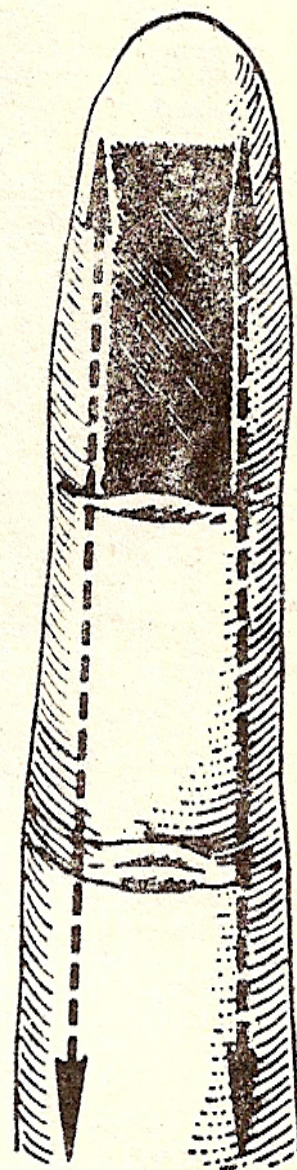
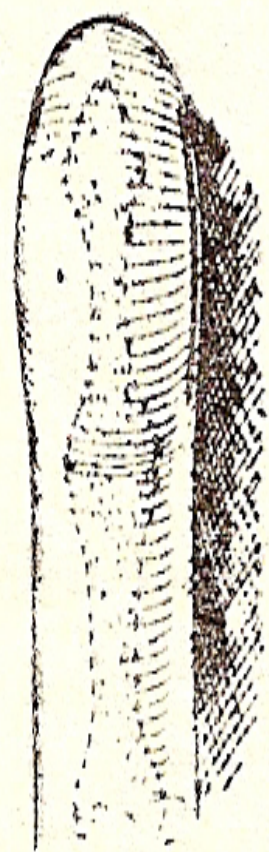
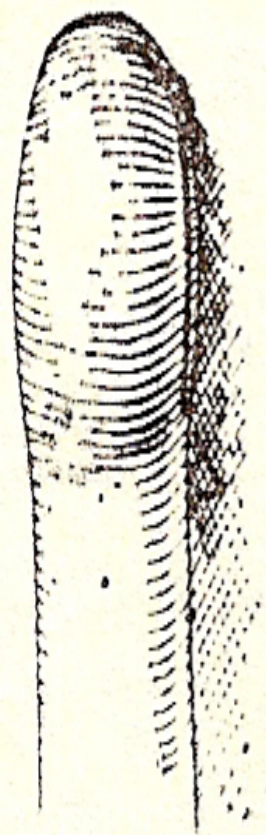


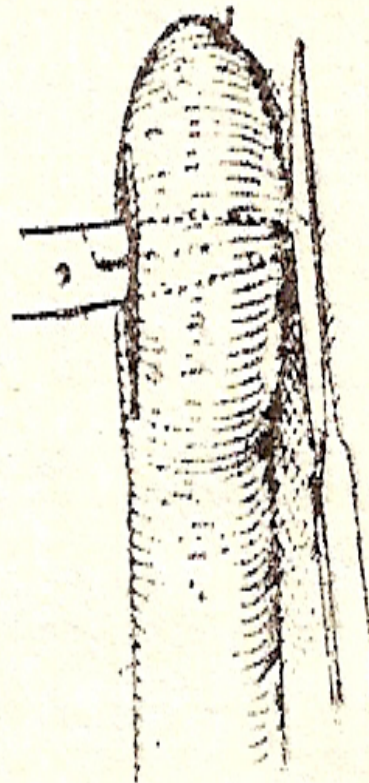
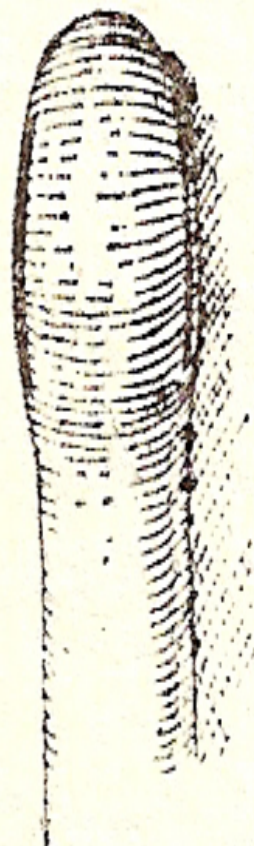
Fig. 7.40. Dreptunghiul hașurat și cele două linii punctate corespund locurilor în care se poate inciza și exciza până la os, fără nici un risc de a secționa nervii colaterali ai degetului.



Incizie



Incizii



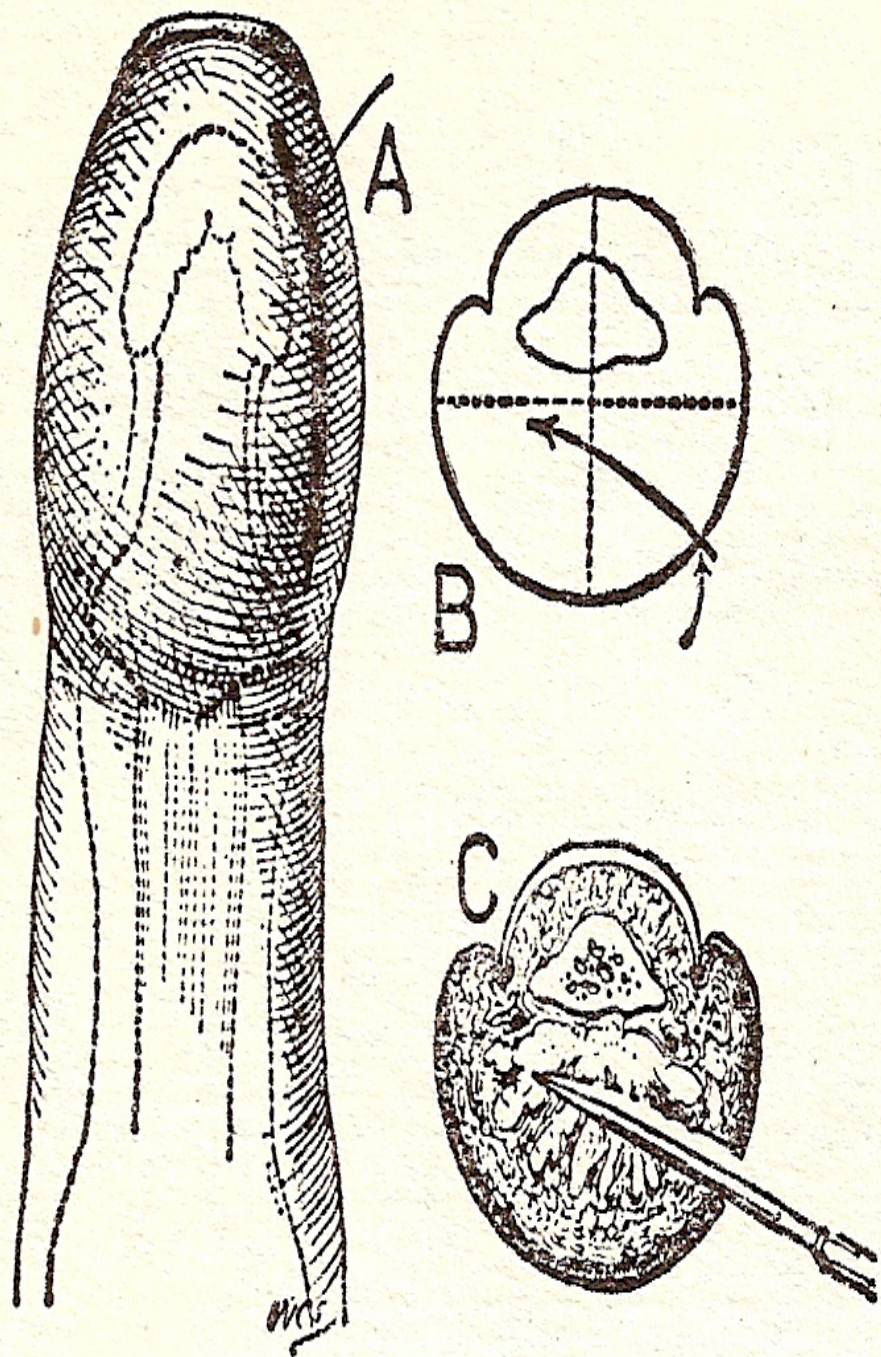


Fig. 7.42. Incizia panarițiului pulpar (A) este corectă, numai dacă secționează transversal traveele conjunctive dispuse radial (B, C).

Flegmoanele mainii

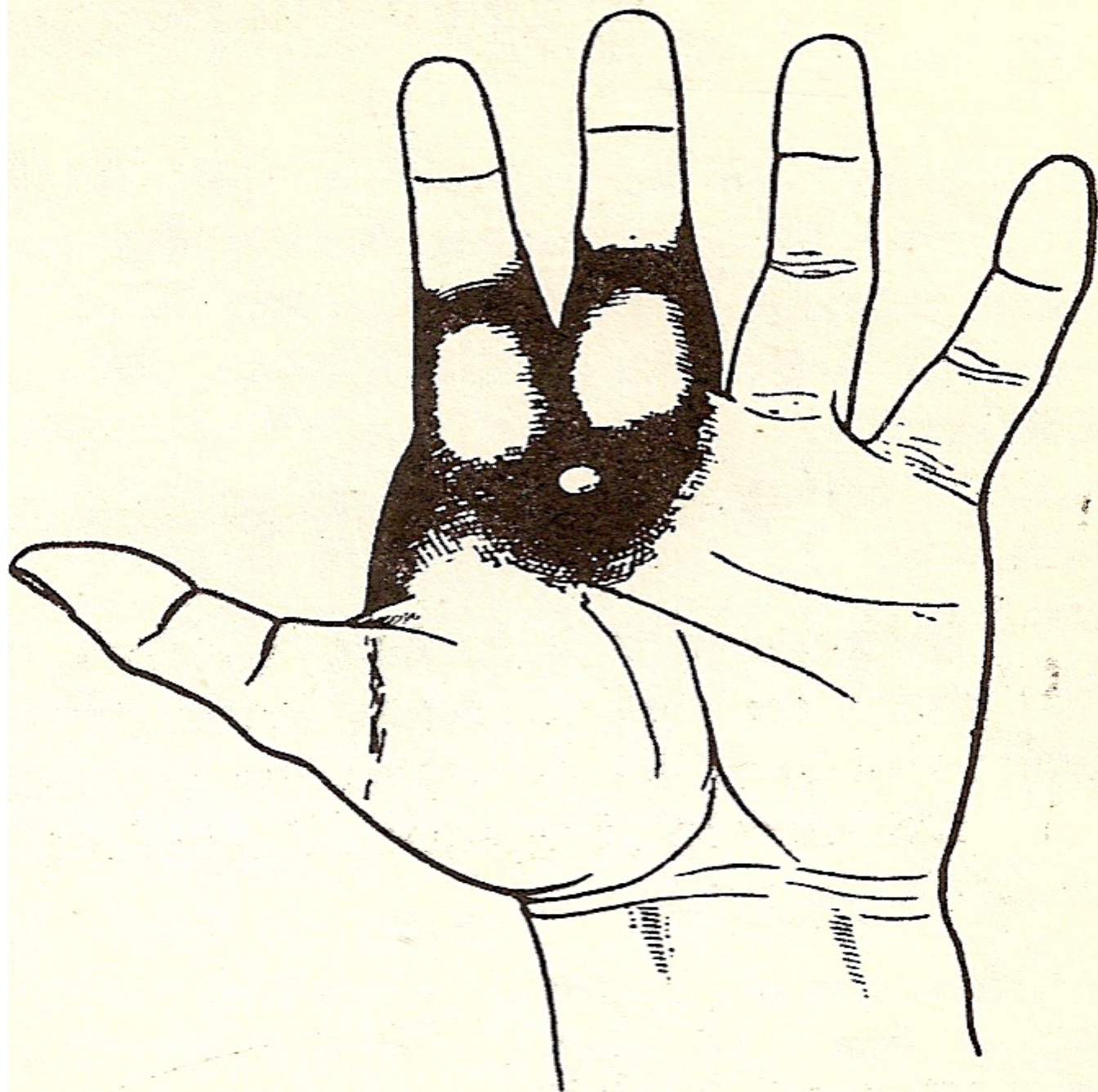
infectii localizate la nivelul unor spatii profunde bine delimitate al mainii.

Flegmonul spatiului comisural

Clinic: durere la nivelul spatiului si palmar;
degete in abductie;
tumefactie;
eritem;

Tratament:-medical

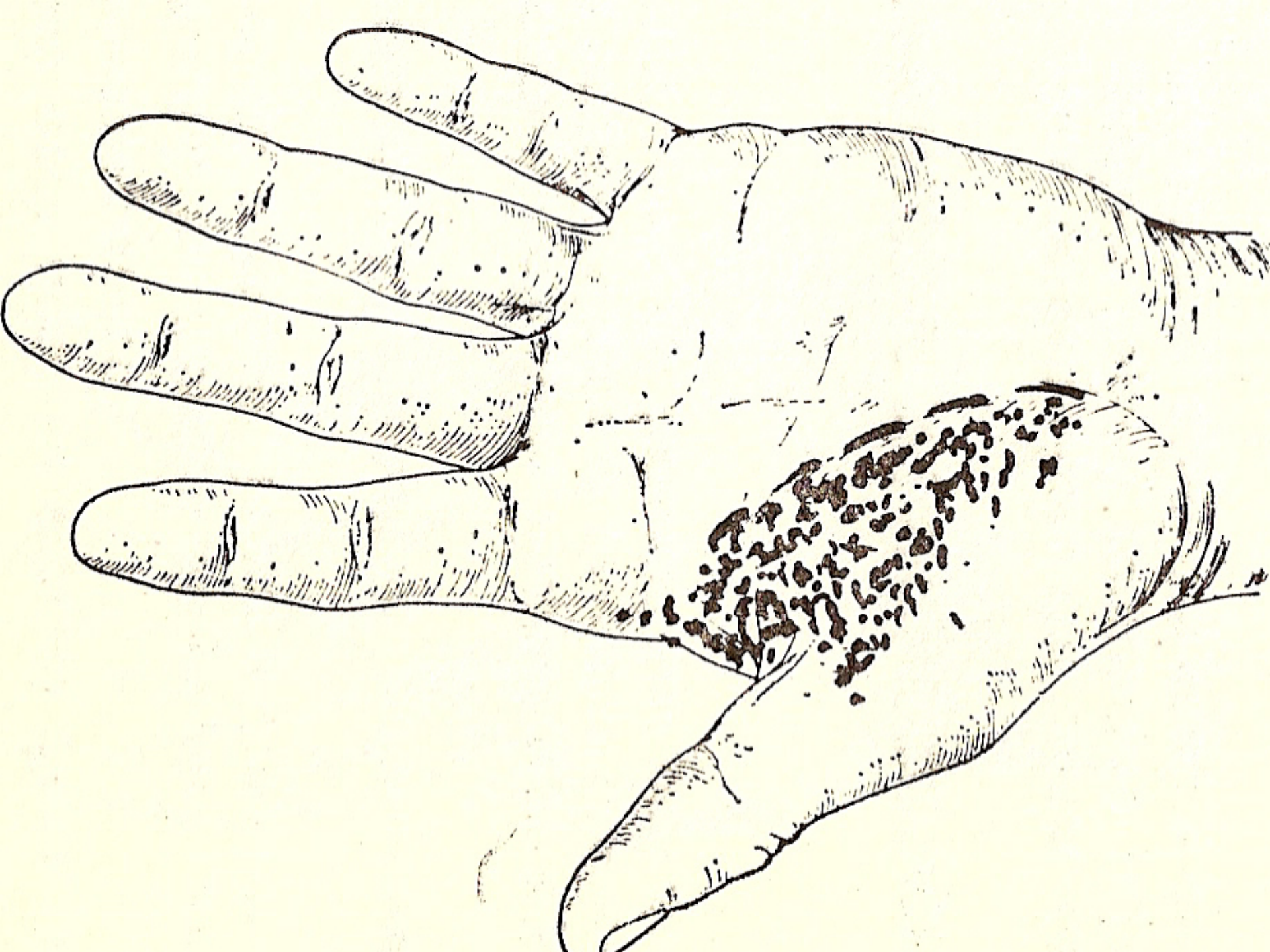
-chirurgical: incizie curba longitudinala de la nivelul pliului palmar distal.



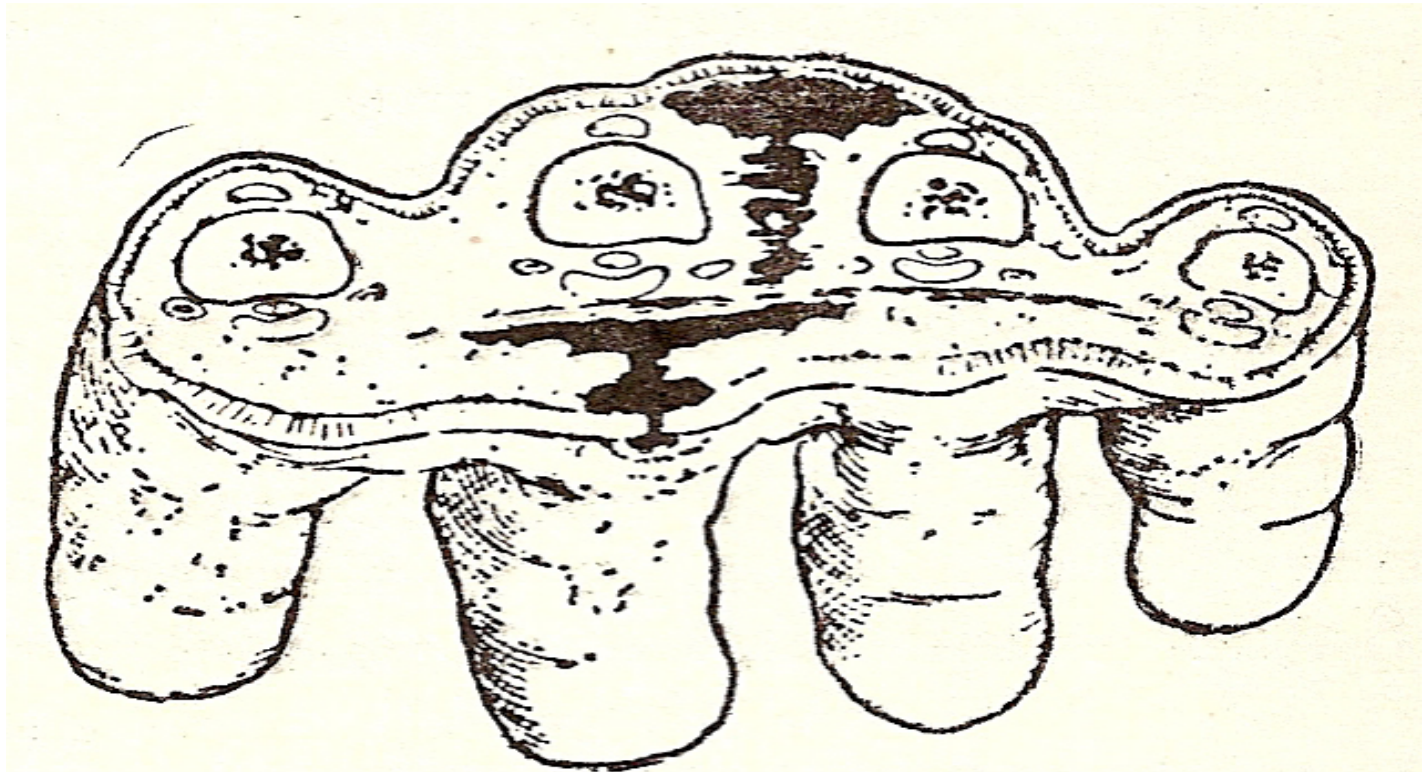
Flegmonul regiunii tenare:

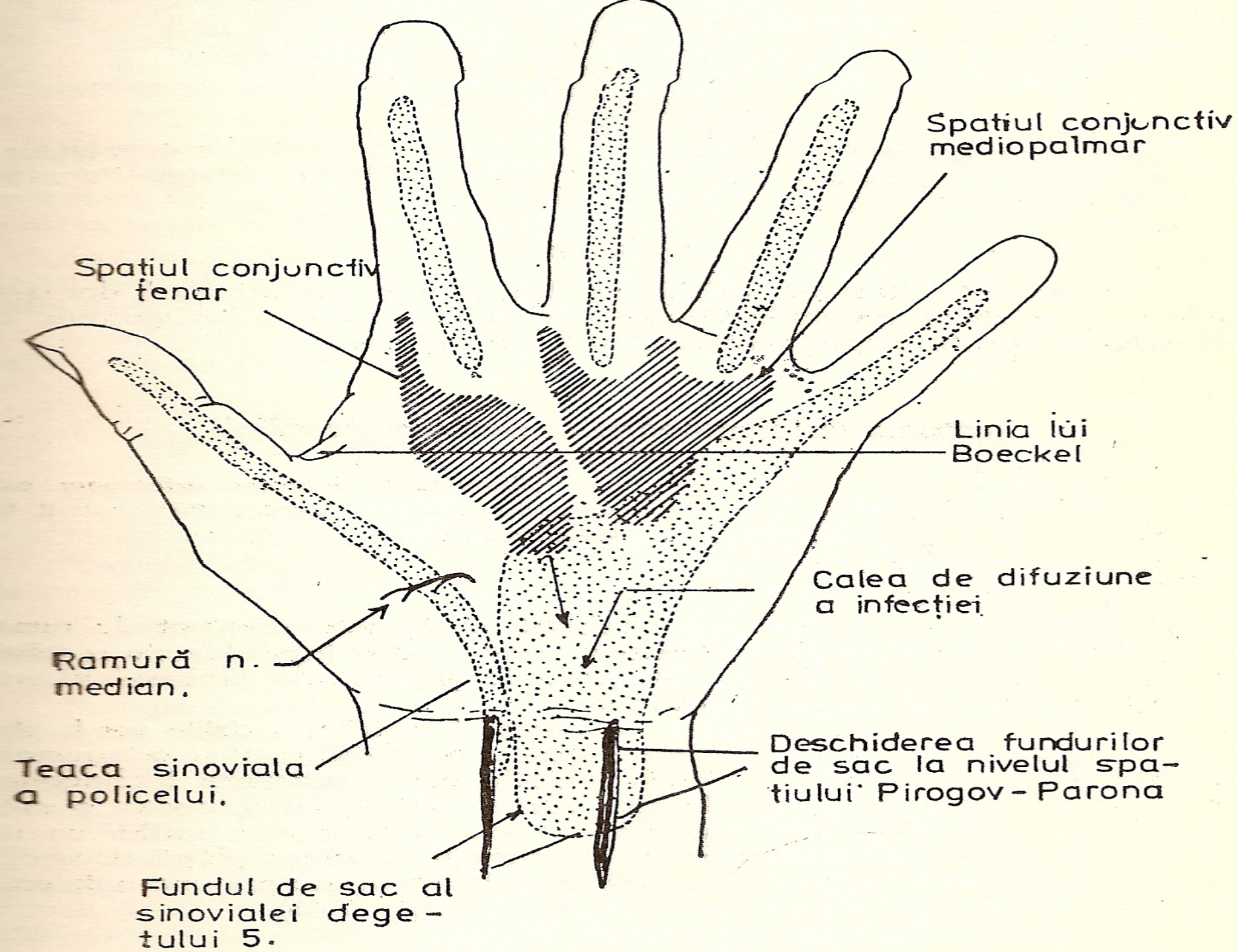
-se dezvoltă înaintea fasciculului intern al scurtului abductor.

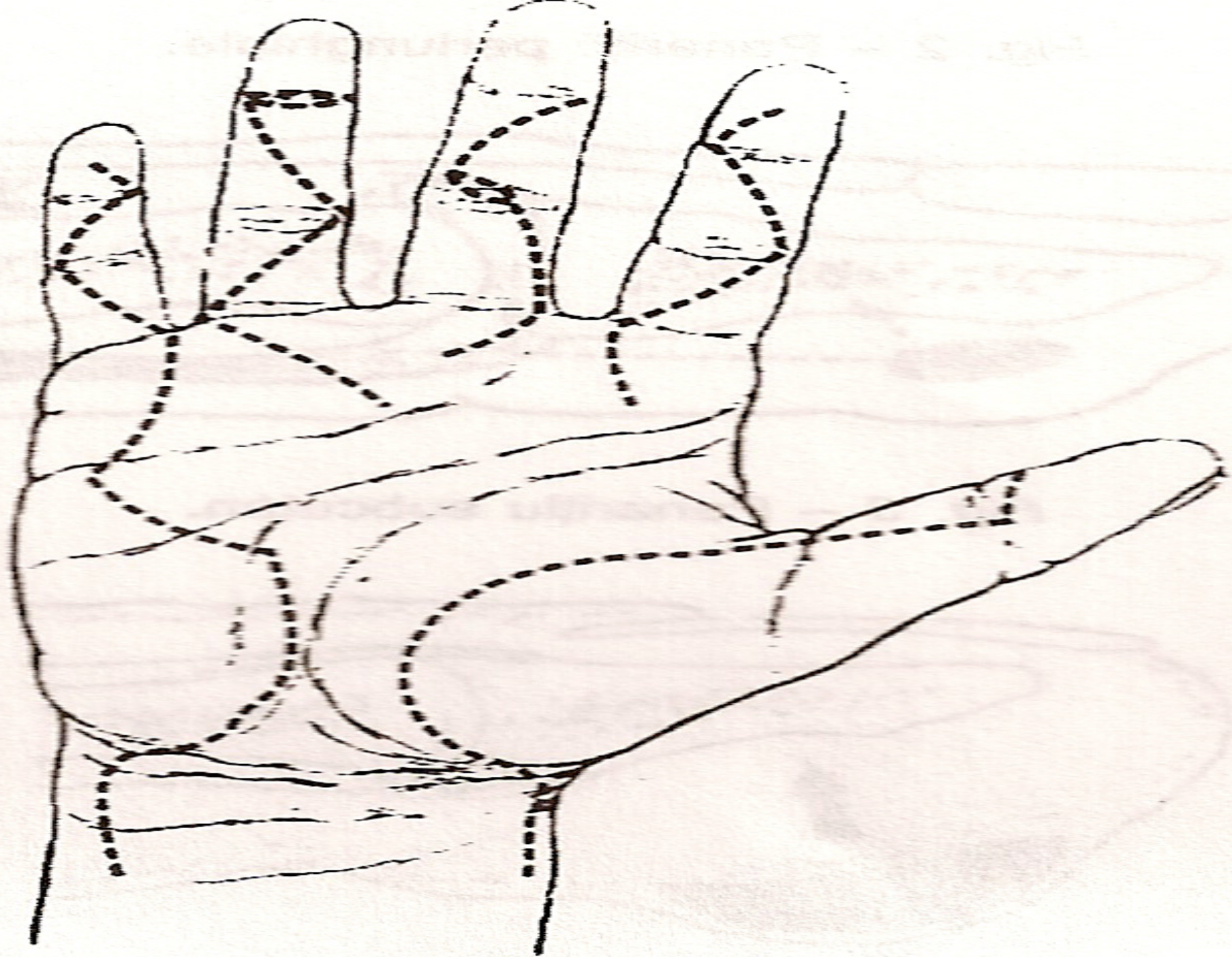
Clinic procesul inflamator nu depășește plica de opoziție a policelui.



Flegmonul medio-palmar
clinic tumefactia este strict
localizata spatiile comisurale
raman neinfectate



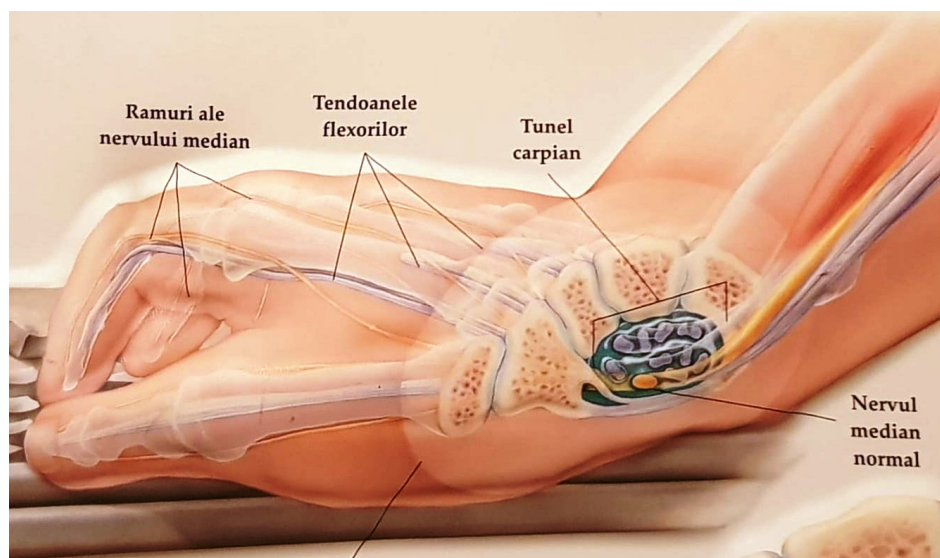




Chirurgia mainii in unele afectiunii cronice si sechelare

SINDROMUL DE CANAL CARPIAN

Canalul carpian este un tunel îngust fibro-osos marginit de oasele carpiene și de ligamentul transvers carpian. Prin canal trec nouă tendoane ale mușchilor flexori ai degetelor și nervul median. Care traversează canalul și se divide într-o ramură motorie pentru mușchii eminentei tenare și ramuri senzitive ce inervează jumătatea externă a palmei și degetele I,II,III și jumătatea laterală a degetului IV.



Sindromul de canal se caracterizează prin:

- durere,**
- parestezii și furnicături,**
- slăbiciune la nivelul degetelor.**

SINDROMUL DE CANAL CARPIAN

Cauzele sindromului de tunel carpian

**-orice factor care contribuie la cresterea presiunii din interiorul canalului carpian :
eroziunea osului si a cartilajului osos;
inflamatie , edematizarea sinoviei.**

Factori de risc : femei

-varsta peste 40 de ani

**-serviciu sau hobby ce presupun
miscari fortate, repetate**

-diabetul;

-artrita reumatoida

- hipotiroidismul;

-

sarcina;

-traumatisme la nivelul incheieturii mainii

-obezitatea.

SINDROMUL DE CANAL CARPIAN

- Alte cauze

Edem: cresterea cantitatii de fluid in csnslul csrpisn cs urmare a leziunilor tisulare insuficientei cardiace congestive

Fracturi dislocari ale oaselor carpiene, osteofite aparute la acest nivelpot determina aparitia sindromului de canal carpian.

Dimensiunea canalului carpian: mostenirea unei structuri osoase de dimensiuni mai mici poate duce la o incidenta crescuta a sindromului de canal carpian.

SINDROMUL DE CANAL CARPIAN

- Simptome
- Parestezie: amorteala si furnicaturi <intepaturi> la nivelul mainii.
- Durerea nocturna: poate aparea de cateva ori pe noapte fiind ameliorata de scuturarea mainii sau de exercitii ale mainii.
- Durerea in timpul zilei agravata de activitati curente, mai persistente pe masura ce sindromul de canal carpian progreseaza. Poate iradia in antebrat cot sau umar.
- Hipotonia muschilor policelui: apucarea obiectelor sau ciupitul se realizeaza cu dificultate, mana pare intepenita si stangace.

SINDROMUL DE CANAL CARPIAN

- Diagnosticul de certitudine pentru interventia chirurgicala este pus dupa efectuarea explorari functionale de viteza de conducere nervoasa.
- In cadrul spitalului este posibila efectuarea acestei explorari in cadrul centrului de explorari functionale efectuata de prof. Dr. Sfredel Veronica si Dr. Catalin Bogdan- neurolog.

SINDROMUL DE CANAL CARPIAN

- Scopul tratamentului este de a scadea presiunea asupra nervului median. Cu cat este diagnosticat si tratat mai precoce cu atat sansele de aparitie a fenomenelor ireversibile (scaderea aportului de sange si substante nutritive) sunt mai mici.
- Tratament non-chirurgical pentru reducerea edemului si inflamatiei tisulare:- repaosul mainii;
 - purtarea unei atele la nivelul incheieturii mainii in pozitie neutra articulatia radio carpiana
 - suplimente nutritive pentru repararea nervoasa;
 - medicatie antiinflamatorie si diuretica

SINDROMUL DE CANAL CARPIAN

Tratamentul chirurgical

- Necesita de cele mai multe ori internare de zi.
- Pacientul poate venii cu rezultatele analizelor de laborator din ambulatoriu: HLG, Glicemie, uree, creatinina, vsh, fibrinogen, proteine C reactiva, GPT, GOT, INR, APTT.
- Se efectueaza sub anestezie locala
- Se aplica banda hemostatica pe timpul interventiei.
- Interventia propriu-zisa consta intr-o incizie de cca 3-5 cm la nivelul fetei volare a mainii te zona de proiectie a retinaculului flexorilor in prelungirea razei metacarpiene IV. Se incizeaza grasimea subcutanata, aponevroza palmara se observa retinaculul flexorilor care se incizeaza. Se patrunde in canal se detensioneaza prin sectionarea subcutanat a retinacului proximal pana in 1/3 inferioara a antebratului si distal pana la nivelul liniei lui Kanavel manevra facuta cu foarfeca boanta usor deschisa.
- Este individualizat nervul median se observa macroscopic aspectul sau si se efectueaza dupa caz neuzoliza acestuia.
- Hemostaza riguroasa, sutura tegumentara fiind necesare 3-5 fire de sutura.
- Pansament si imobilizare pe atela gipsata.

SINDROMUL DE CANAL CARPIAN

Tratamentul postoperator

- Antibiot terapie de prevenire pentru 3-5 zile.
- Antialgice/antiinflamatorii la nevoie.
- Vitamine neurotrofice pe o perioada indelungata de 4-6 luni conform protocoalelor neurologice.
- In timpul somnului se mentine pozitia procliva prin palsarea unei perne sub mana pentru a o mentine ridicata la nivelul cordului.
- Mentine mana in pozitie procliva pe esarfa 7-10 zile.
- Mobilizeaza articulatia cotului si umarului sei degetelor de 7-10 ori pe zi.
- Schimbarea pansamentului prima zi post-operator apoi la interval de 3-4 zile.
- Scoaterea firelor la 14 zile.
- Fiziokinetoterapie dupa 16-18 zile daca este cazul.
- La 2-4 zile postoperator pacientul observa disparitia durerilor nocturne, si diminuarea paresteziilor la nivelul pulpelor degetelor=semn pozitiv al interventiei chirurgicale.
- Datorita sectionarii retinaculului flexorilor care au rol de scripete pentru tendoanele flexoare ale degetelor pacientru va observa scaderea fortei musculaturii flexoare, fenomen reversibil in 6-8 luni.

MALADIA DUPUYTREN

Maladia Dupuytren reprezintă retracția progresivă a aponevrozei palmare, având ca rezultat blocarea în flexia degetelor făcând imposibilă extensia lor.

Baron Guillaume Dupuytren în 1831 a efectuat o fasciotomie, fără bandaje de compresie și fără anestezic, unui pacient cu contractura ireversibilă a mâinii.

Vârsta - bărbați ± 40 ani

- femei ± 50 ani

Rar în populația mediteraneană și asiatică.

Degetul IV este cel mai afectat, următoarele fiind V, I, III, II.

Alte localizări: - plantară (maladia Lederhose)

- peniană (maladia Pyeronie)

„Diateza Dupuytren” - pacienți cu manifestare severă, tineri, localizare bilaterală și distală, progresie rapidă.

ETIOLOGIE

Consumul de alcool	S-a demonstrat o incidență mai mare a maladiei la pacienții alcoolici, explicația sugerată fiind conexiunea cu afectarea hepatică prezentă la pacienții din acest grup.
Fumatul	Există dovezi conform cărora incidența crescută a fumătorilor printre pacienții alcoolici, este responsabilă de rata crescută a contracturii Dupuytren în acest grup.
HIV	Activitatea crescută a radicalilor liberi în infecția cu HIV este responsabilă de dezvoltarea contracturii.
DZ	Sunt discutate două posibile mecanisme: 1. Modificările biochimice asociate DZ 2. Încărcătura genetică responsabilă de DZ, hipercolesterolemie
Epilepsia	Incidența raportată în literatură variază între 8% și 57% și ridică semne de întrebare cu privire la posibilul rol cauzativ al medicației Antiepileptice.
Ereditatea	Prevalența crescută în populația descendentă din locuitorii Europei de Nord, precum și în populația australiană (stabilită de colonizatori nord europeni). Rar în populația mediteraneană și asiatică.
Munca manuală	„Majoritatea indivizilor afectați de această boală au fost constrânși să își folosească palmele în mod constant pentru a manipula corpuri grele.”

Clasificarea Maladiei Dupuytren

- Stadiul n-prezenta nodulilor
- Stadiul 0 aparitia corzii pretendinoase.
- Stadiul 1 flexie a degetului intre 0-45grade.
- Stadiul 2 flexie a degetului intre 45-90 grade
- Stadiul 3 flexie a degetului intre 90-135
- Stadiul 4 flexie a degetului peste 135
- Stadiul 5 flexie a degetului peste 135 cu hiperextensie in articulatia IFD

Indicatia operatorie este pusa de la stadiul doi in sus.

Clinica Maladiei Dupuytren

- De multe ori procesul de îngroșare a fasciei palmare se întinde de-a lungul mai multor ani până ca pacientul să se prezinte la medic. Cel mai afectat deget este inelarul (degetul IV) urmat de degetul V.
- Maladia poate sa fie bilaterală dar în general nu este simetrică în ceea ce privește severitatea.
- Nodulii nu sunt dureroși, numai dacă procesul fibrozant asociază o compresiune nervoasă sau o tensosinovită
- Pe parcursul evoluției fibrozării, se dezvoltă o flexie ireversibilă iar pacientul nu poate îndrepta degetele.
- Bolnavul cu boala Dupuytren poate să prezinte istoric de dificultăți în a executa mișcări ale mâinii cum ar fi prinsul obiectelor sau folosirea tastaturii calculatorului.

TRATAMENT CHIRURGICAL

- Controlul hemostazei
- Evitarea hematoamelor postoperatorii duce la cicatrizare rapidă și de bună calitate și diminuează considerabil riscul de necroză tegumentară.
- Lezarea pediculilor poate fi secundară alegerii unei căi de abord care nu permite o vizibilitate bună.
- Hematoamele sunt cea mai frecventă complicație. Acestea pot reprezenta punctul de start al unor complicații serioase- infecții, desunirea plăgii, necroze cutanate sau redori.
- Necroza cutanată aduce cu sine infecție, edem și redori și pune în pericol întreaga funcție a mâinii.

TRATAMENT

- Principalul scop al tratamentului în Maladia Dupuytren este păstrarea și refacerea funcționalității mâinii, fiind o boală cu evoluție progresivă și recurențe frecvente.
- Momentul intervenției este dictat de momentul prezentării bolnavului – de stadiul evolutiv în care acesta solicită atenție medicală.
- Curent sunt folosite 3 metode
 1. Fasciectomie segmentală prin care se excizează întreaga fascie afectată metodă promovată de Hueston
 2. Fasciectomie radicală care presupune înlăturarea și fasciei neafectate pentru împiedicarea evoluției procesului patologic
 3. Fasciotomie percutana cu acul
 4. Fasciectomie plantară pentru cazul care a prezentat maladia Ladderhose

- **In sala de operatie**

- Anestezie loco-regionala.
 - Banda hemostatica
 - Incizie tegumentara pe brida retractila
 - Disectia si excizia aponevrozei modificate, retractate, dinspre proximal spre distal, conform tehnicii operatorii alese, cu protejarea pediculilor vasculo-nervosi, de cele mai multe ori inglobati in tesutul fibros cicatriceal (in stadiile avansate)
 - Excizia prelungirilor aponevrotice posterioare paralele cu scripetele
 - Hemostaza
 - Inchidere:
- sutura tegumentelor folosind tehnica lambourilor tegumentare triunghiulare incrucisate
 - Pansament
 - Imobilizare

FASCIOTOMIE PERCUTANA CU ACUL





Fasciectomie plantară pentru cazul care a prezentat maladia Ladderhose



**Maladie Dupuytren
deget IV**



ASPECT POSTOPERATOR





MALADIA DUPUYTREN CA BOALA INVALIDANTA



Postoperator

- Tratament medical:
 - Antibioprolaxie
 - Antiinflamatoare
 - Antialgice
 - Tratamentul bolilor asociate
- Atela ghipsata se suprima peste cateva zile
- SCHIMBAREA primului pansament prima zi postoperator apio la interval de 2-4 zile
- Scoaterea firelor la 14 zile
- Scoaterea atelei pa 14-21 de zile in functie de gradul de retractie al degetelor afectate.
- Purtarea nocturna a atelei pana la 40 de zile de la operatie.