

TRATTAMENTO CONSERVATIVO VS POST-CHIRURGICO NELLE LESIONI DEI TENDINI ESTENSORI DELL'ARTO SUPERIORE



Autori: Vanessa Tattoli
Michele Antonelli

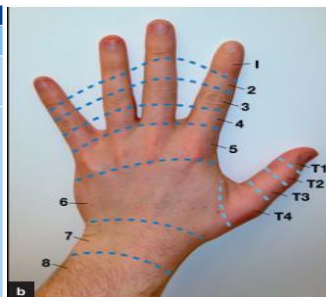
Relatore: Dott.re Michele Crestini Ft-OMPT

1. INTRODUZIONE

Le lesioni dei tendini estensori della mano e del polso sono frequenti a causa della loro superficialità anatomica e rappresentano circa il 20% dei traumi della mano in pronto soccorso. La complessità del meccanismo estensore richiede conoscenze anatomiche approfondite e competenze specifiche per una corretta diagnosi e gestione. Le lesioni sono classificate in otto zone secondo Verdan,

Table 2. Extensor zones and associated injury patterns

Extensor zone (Thumb)	Boundaries	Associated injury pattern
Zone 1	Distal to and over distal interphalangeal joint	Mallet finger
T1	Distal to and over interphalangeal joint	■ Closed avulsion ■ Penetrating wound
Zone 2	Over middle phalanx	In general:
T2	Over proximal phalanx	■ Inability to extend the digit or wrist
Zone 3	Over proximal interphalangeal joint	■ Penetrating wounds
T3	Over metacarpalphalangeal joint	■ Closed avulsions
Zone 4	Over proximal phalanx	Specific injuries:
T4	Over carpometacarpal joint	■ Boutonniere deformity (zone 2)
Zone 5	Over metacarpalphalangeal joint	■ "Fight bites" (usually zone 5)
Zone 6	Over metacarpals	
Zone 7	Over extensor retinaculum	
Zone 8	Over forearm	



ognuna con caratteristiche cliniche e terapeutiche differenti. Il trattamento può essere chirurgico o conservativo: il primo indicato nelle lesioni complete, il secondo in casi selezionati di lesioni parziali. Entrambi gli approcci prevedono una fase iniziale di immobilizzazione seguita da mobilizzazione progressiva, con l'obiettivo di recuperare forza, movimento e funzionalità. La riabilitazione personalizzata, svolta in collaborazione tra chirurgo, fisioterapista e paziente, è determinante per il successo terapeutico.

2. OBIETTIVI

L'obiettivo di questo studio è analizzare la letteratura sulle strategie riabilitative postchirurgiche e conservative nelle lesioni dei tendini estensori, valutandone modalità, tempistiche ed efficacia nel recupero funzionale.

3. MATERIALI E METODI

E' stata condotta una scoping review secondo il modello PIO.

Trattamento conservativo: inclusi studi su pazienti con lesioni dei tendini estensori trattati senza chirurgia. Sono state analizzate modalità, tempistiche e protocolli riabilitativi riportati in letteratura, senza limiti di età, contesto o disegno di studio.

Trattamento post-chirurgico: inclusi pazienti sottoposti a intervento chirurgico per lesioni dei tendini estensori di polso, mano e dita. Sono stati selezionati studi in lingua inglese/italiana, con abstract e full text disponibili, estrapolando dati su posologia, tempistiche e modalità del trattamento riabilitativo.

La ricerca è stata condotta su PubMed, Cochrane Library e PEDro, utilizzando parole chiave e termini MeSH relativi a lesioni tendinee estensorie e riabilitazione. La selezione ha seguito le linee guida PRISMA, con estrazione dei dati in tabelle (autore, popolazione, protocollo, outcome, risultati) e valutazione qualitativa tramite Joanna Briggs Institute Checklist.

4. RISULTATI

Categoria	Trattamento Conservativo	Trattamento Post-Chirurgico
Recupero della mobilità (TAM)	70–84% dei pazienti raggiunge ROM funzionale >90%	81–100% della TAM controlaterale; extension lag ridotto a 0–20°
Forza	Presa: 84–100%	Presa: 91%; Pinza: 78% della controlaterale
Dolore	Basso, VAS 1–2	Minimo, VAS ≈ 0,2
Ritorno al lavoro (RTW)	In media 53–63 giorni	In media 5–6 settimane
Complicanze	Irritazioni cutanee lievi; sublussazioni occasionali	Nessuna significativa; adesioni ridotte con mobilizzazione precoce
Ortesi/Splint	Stack, perforata, Abouana: efficacia simile; scelta guidata da comfort e compliance	Statici, dinamici o attivi precoci: risultati simili; la mobilizzazione precoce accelera il recupero
Successo globale	71–94% a seconda del timing e del tipo di lesione	81–86% eccellenti, 14–15% buoni; la personalizzazione ottimizza gli esiti
Note	Maggior fallimento nei casi cronici o con lesioni capsulari	Età e sesso influenzano il recupero; protocolli combinati migliorano la funzionalità

5. CONCLUSIONI

Le evidenze mostrano che la mobilizzazione precoce accelera il recupero e riduce la rigidità, senza differenze a lungo termine rispetto all'immobilizzazione.

La scelta del protocollo deve basarsi su tipo di lesione, qualità della sutura e collaborazione del paziente.

Nelle lesioni parziali, l'approccio conservativo può dare esiti sovrapponibili alla chirurgia se ben gestito.

Il successo dipende da un percorso personalizzato e multidisciplinare.

Servono studi più ampi e standardizzati con follow-up prolungati.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Tuncali D, Yavuz N, Terzioğlu A, Aslan G. The rate of upper-extremity deep-structure injuries through small penetrating lacerations. *Ann Plast Surg*. 2005 Aug;55(2):146-8.
2. Handoll HH, Vaghela MV. Interventions for treating mallet finger injuries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD004574.
3. Bulstrode, N. W., et al. «Extensor Tendon Rehabilitation a Prospective Trial Comparing Three Rehabilitation Regimes». *Journal of Hand Surgery*, vol. 30, fasc. 2, aprile 2005, pp. 175–79.
4. Cesim, Ö. B., et al. «Use of Relative Motion Splint in Extensor Mechanism Repairs: A Retrospective Case Series». *Hand Surgery and Rehabilitation*, vol. 40, fasc. 132, febbraio 2021, pp. 81–86. DOI.org.