

ARTROSI TRAPEZIO-METACARPALE O RIZOARTROSI

L'artrosi dell'articolazione trapezio-metacarpale (TM), articolazione che si trova nella mano alla base del pollice (fig. 1), è chiamata rizoartrosi. È una malattia frequente, che rappresenta il 10% di tutte le localizzazioni artrosiche del corpo umano e determina un progressivo deterioramento dell'articolazione, che limita il funzionamento della mano e soprattutto del pollice, con dolore, impotenza funzionale e difficoltà progressiva nell'eseguire il proprio lavoro e i comuni gesti della vita quotidiana.



articolazione trapezio-metacarpale

fig. 1

CHI È COLPITO DELLA MALATTIA

La malattia colpisce prevalentemente il sesso femminile. Nelle donne in menopausa la frequenza è 20 volte maggiore che negli uomini. È praticamente assente prima dei 40 anni. L'evoluzione della malattia è di solito lenta, ma progressiva. È spesso bilaterale.

La rizoartrosi è causata soprattutto dalla instabilità dell'articolazione trapezio-metacarpale. In casi particolari può essere la conseguenza di pregresse fratture o lussazioni e di malattie infiammatorie e reumatiche (artrite reumatoide, gotta, artrite psoriasica). Talvolta la rizoartrosi

evolve in un artrosi peritrapeziale, una artrosi che interessa tutte le superfici articolari del trapezio.

SINTOMATOLOGIA

Il sintomo principale, sin dall'inizio della malattia, è il dolore. dapprima saltuario, poi sempre più costante, sia a riposo, ma soprattutto nel movimento. La sintomatologia dolorosa diviene progressivamente invalidante, impedendo al paziente di effettuare correttamente una valida pinza fra pollice e indice. E' spesso presente una deformità a livello dell'articolazione, per la progressiva sublussazione della base del 1° metacarpo. Con il tempo sopravviene rigidità articolare e perdita della capacità di abduzione del pollice (cioè allontanarlo dall'indice). Con la presenza di deformità dell'art. TM, si manifestano ulteriori deformità al pollice, dovute a meccanismi spontanei di compenso.

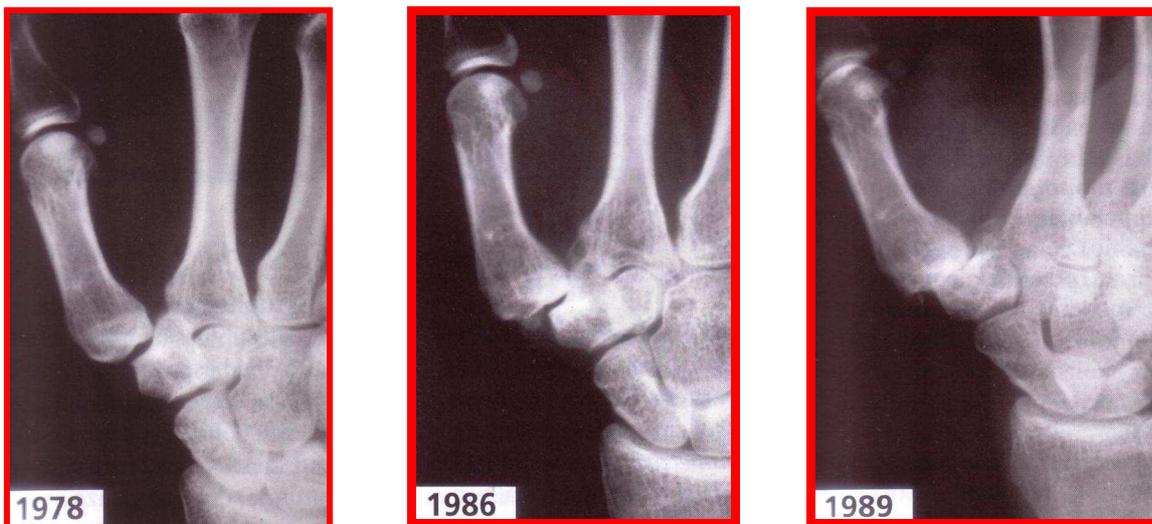


fig. 2

Le radiografie evidenziano il grave peggioramento della rizoartrosi in 20 anni

DIAGNOSI DELLA MALATTIA

La diagnosi della malattia è basata soprattutto sull'esame clinico e su quello radiografico. La visita medica di uno specialista permette di evidenziare la situazione dolorosa a carico dell'art. TM e la eventuale deformità.

La radiografia confermerà la diagnosi di rizoartrosi e evidenzierà la gravità della malattia. Raramente sono necessari altri esami.

TRATTAMENTO DELLA RIZOARTROSI

La malattia può essere curata con un trattamento conservativo basato sull'uso di tutori, alcuni da applicare durante la notte per evitare il movimento dell'articolazione, alcuni che possono essere usati durante il lavoro per limitare lo stress articolare. Possono essere utili farmaci antinfiammatori anche per via locale e trattamenti di fisioterapia (Ultrasuoni, Laser, Elettroterapia). In casi selezionati possono essere seguite infiltrazioni con cortisonici e, nelle fasi iniziali, di acido ialuronico. Quando i trattamenti conservativi non danno risultato, per eliminare la situazione di dolore e di disagio funzionale, si può ipotizzare una soluzione chirurgica.

INTERVENTO CHIRURGICO

Nelle forme artrosiche iniziali possono essere usati interventi chirurgici atti a migliorare e correggere il funzionamento dell'articolazione (osteotomia di Wilson, stabilizzazione sec. Brunelli). Sono interventi validi sono in casi selezionati e nei primissimi stadi della malattia.

Se l'artrosi ha raggiunto un grado importante, la soluzione chirurgica deve prevedere una "modifica sostanziale" dell'articolazione artrosica. Vi sono tre tipi diversi di soluzione chirurgica.

1. L'artrodesi, cioè la fusione fra il trapezio e il 1° metacarpo. Tale intervento è indicato solo in casi particolari, soprattutto in lavoratori pesanti.
2. L'artroprotesi, cioè la sostituzione dell'articolazione con una protesi. Nessuna protesi sinora ha dato risultati buoni e duraturi. Frequenti l'usura precoce, la instabilità o la rigidità da calcificazioni, le infezioni, la mobilizzazione della protesi. A questo si aggiunge una tecnica operatoria certamente non facile.
3. L'artroplastica biologica, cioè l'asportazione totale del trapezio e l'interposizione di uno spaziatore biologico con lo scopo di

stabilizzare la base del 1° metacarpo. Questo è l'intervento attualmente più usato e che dà certamente i migliori risultati.

4. L'artroplastica con protesi REGJOINT, cioè la resezione della parte distale del trapezio e il posizionamento di una protesi, costituita da un cuscinetto composto da acido polilattico. Questo è l'intervento di più recente acquisizione.

ARTROPLASTICA BIOLOGICA

L'intervento consiste nell'asportazione del trapezio artrosico (in giallo nel disegno a fianco) e nel riempire lo spazio vuoto con un terzo di un robusto tendine vicino (l'abduktore lungo del pollice, in rosso nel disegno), con la funzione di stabilizzare la base del 1° metacarpo, rimasta priva di ancoraggio articolare. L'intervento viene eseguito in anestesia plessica (anestesia del solo braccio, fatta sotto l'ascella) e in day surgery con il pernottamento. Dura mediamente circa 1 ora e comporta poi l'immobilizzazione del polso e del pollice con un tutore in vetroresina.

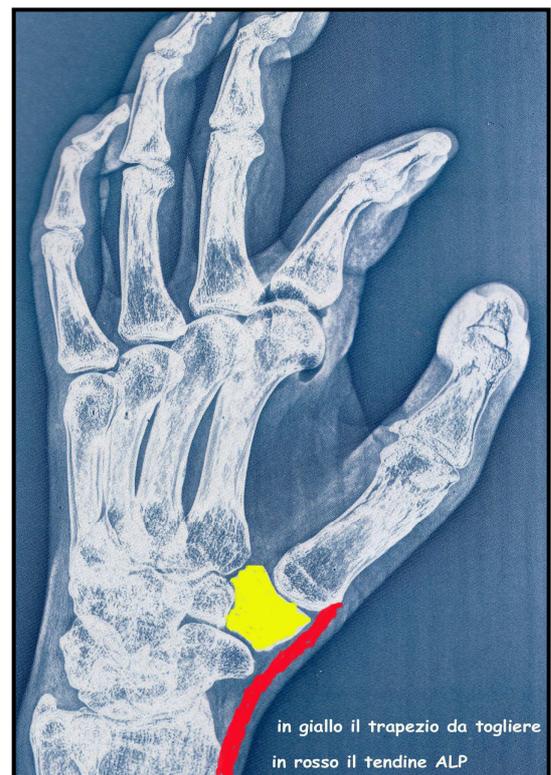


fig. 3

DECORSO POSTOPERATORIO

La mano operata va tenuta in una posizione alta rispetto al gomito e l'immobilizzazione viene mantenuta per 3 settimane, durante le quali vengono eseguite le necessarie medicazioni e la rimozione dei punti. Poi inizia la rieducazione, che viene fatta dal paziente sia a casa che presso un Centro di Fisiokinesiterapia. E' opportuno programmare per tempo l'appuntamento per la kinesiterapia, per iniziarla al momento giusto. Va mantenuto un tutore durante la notte per altri 15-20 giorni. I movimenti più elementari vengono ripresi rapidamente, quelli più complessi richiedono del tempo. La ripresa dell'attività lavorativa avviene nel giro di

1-3 mesi, a seconda del lavoro e delle motivazioni del paziente. Qualche caso richiede un periodo riabilitativo più lungo.

Il risultato finale è statisticamente buono-ottimo in una alta percentuale di casi, con scomparsa del dolore, durevole correzione della deformità, eccellente motilità del pollice e discreta forza muscolare.

ARTROPLASTICA CON PROTESI REGJOINT

L'intervento ricalca nell'approccio chirurgico quello precedente, con la differenza che viene asportata solo la parte distale del trapezio. Al suo posto viene interposta la protesi, costituita da un cuscinetto di maglia di acido polilattico (fig. 4), che nel tempo di 6-12 mesi viene progressivamente sostituito da un tessuto fibroso neoformato, che ha lo scopo di evitare il contatto diretto fra le due superfici ossee e quindi di eliminare il dolore.



Fig. 4

Questo intervento non può essere eseguito in tutti i casi di rizoartrosi, ma ha delle limitazioni ben precise.

Il decorso postoperatorio segue in linea di massima le linee guida dell'artroplastica biologica.

dott. Paolo Tedesco