

## **Morbo di Kienböck**

Viene così definita la necrosi di un'osso della prima filiera del carpo (cioè le ossa che costituiscono il polso assieme a radio e ulna) denominato SEMILUNARE.

Tale nome deriva dal nome del radiologo Robert Kienböck (1871–1953), che l'ha descritta per la prima volta.



Fig 1: ossa del carpo



Fig 2 semilunare

Non si conosce l'eziologia certa di tale patologia, e diverse sono le teorie causali, tra cui si ipotizzano microtraumi ripetuti, malattie da sovraccarico funzionale, scarso apporto vascolare diretto, trombosi ed embolia, elevata pressione intrarticolare, malattie da decompressione barometrica, dismetabolismi, abuso di alcool, terapia con antinfiammatori steroidi.

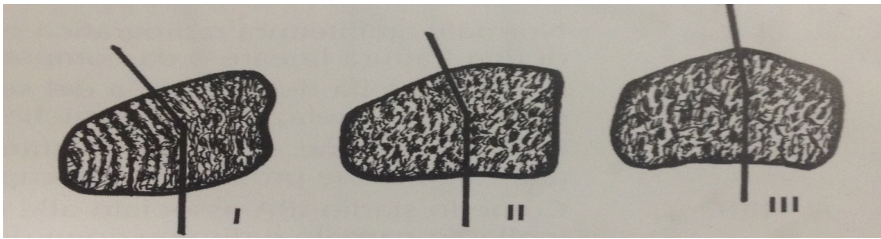
Si possono distinguere due gruppi principali di m. di Kienbock sulla base dei meccanismi patogenetici:

gruppo I: la mancanza di apporto vascolare sarebbe dato da uno squilibrio biomeccanico dovuto ad un'ulna più corta; ULNA MINUS, provocando un effetto compressivo da parte della porzione ulnare del radio distale sul polo prossimale del semilunare.

Gruppo II: origine traumatica con distacco dei legamenti capsulari.

Causa di necrosi ossea può dipendere secondo Antuna Zapico, anche dalla forma del semilunare. Distingue 3 tipi in base alla struttura ossea trabecolare. Il tipo I è spesso associata al polso con variante ulna minus.

Fig.3: tre tipi di semilunare secondo Antuna Zapico



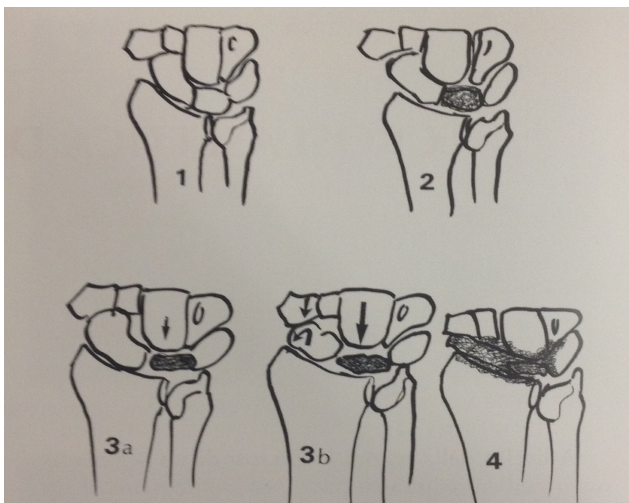
**La stadiazione** della patologia si basa su un criterio radiografico secondo Lichtmann.

Tale classificazione consta di IV stadi in base alle caratteristiche del semilunare e del carpo in toto.

Classificazione di Litchmann.

- I           Esame radiografico normale
- II           Sclerosi del semilunare
- III A       Sclerosi del semilunare, frammentazione, collasso lunare
- III B       Collasso carpale
- IV          Artrosi avanzata radio-carpica

Fig.4 Stadiazione del Morbo di Kienbock secondo Lichtman.



utilizziamo tale stadiazione della malattia per poter optare per il percorso diagnostico terapeutico più corretto.

La clinica si presenta con dolore riferito al carpo, limitazione del rom articolare del polso e riduzione della forza di presa della mano.

L'esame radiografico permette già di fare diagnosi negli stadi III e IV, mentre per gli stadi I e II risulta indispensabile un approfondimento a mezzo di RMN per uno studio più accurato del semilunare.

Il trattamento dev'essere programmato in rapporto a stadio della malattia, età ed attività lavorativa e richieste funzionali del paziente.

### **Trattamento**

STADIO I: immobilizzazione per 4-6 settimane e riposo funzionale, ciò dovrebbe consentire il riassorbimento dell'edema osseo, tipico di questa fase e la conseguente risoluzione del dolore, decompressione del semilunare e migliore vascolarizzazione.

Recenti lavori di letteratura evidenziano efficacia negli stadi iniziali, mediante utilizzo di onde d'urto e Biostimolazione.

STADIO II-III A: se presente ulna minus si procede ad accorciamento del radio o allungamento dell'ulna, se non è presente ulna minus si prediligono interventi di rivascularizzazione.

Tra questi, l'innesto d'osso dal radio vascolarizzato con lembo di pronatore quadrato; l'innesto osseo del radio vascolarizzato con il ramo posteriore dell'arteria interossea anteriore.

STADIO IIIB: fusione carpale per evitare ulteriori modificazioni.

STADIO 4: resezione della prima filiera del carpo o artrodesi di polso.

### **Bibliografia:**

Lichthmann D. et al; Staging and its use in the determination of treatment modalities for Kienbock disease, *Hand Clinic* 1993; 9:409-16

Catena, Merrino; la nostra esperienza nel trattamento della malattia di Kienbock, *GIOT* 2007; 33:188-191

Corradi-Lucchetti " Artrosi del polso" cap 109, *Trattato di chirurgia della Mano* 2007 ISBN 978-88-7620-762-4

Battiston B. "necrosi asettica delle ossa della mano" cap 24, *La Mano*, G. Brunelli- edi. Ermes 2007- ISBN 978-88-7051-291-5.

*A cura di Leone P.*