

Rizoartrosi

Alterazione artrosica a carico del trapezio (un osso della filiera distale del carpo), e della sua superficie articolare con il I osso metacarpale.

Colpisce soprattutto le donne nella quinta decade di vita (in menopausa).

La rizoartrosi in genere è secondaria a squilibri delle forze muscolari che agiscono sull'articolazione trapezio-metacarpale. Secondo Brunelli una causa principale è la inefficienza del legamento intermetacarpale. E' un'affezione che provoca inabilità, andando ad inficiare il corretto utilizzo del pollice, soprattutto dei movimenti di opposizione.

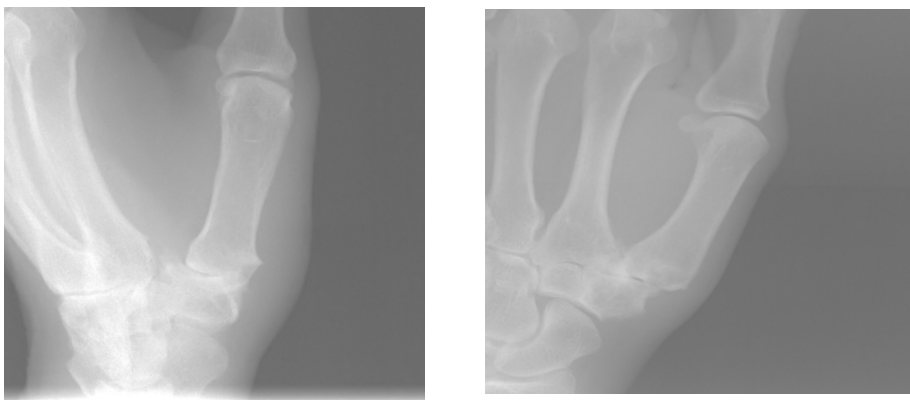
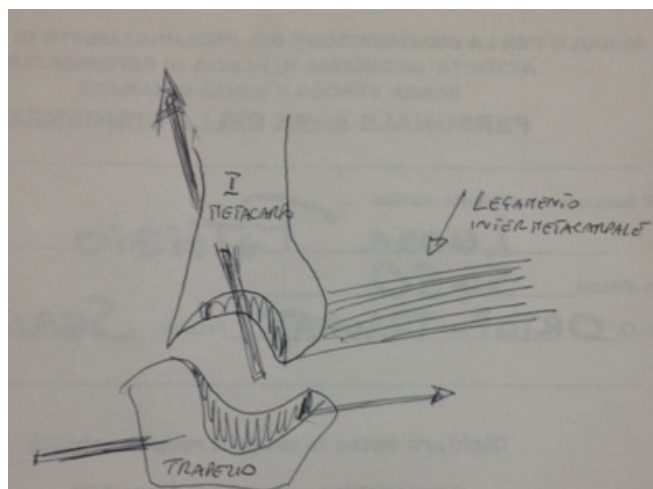


Fig 1^{a-b}: artrosi del trapezio in donna di 50 anni

L'articolazione T-M è un 'articolazione a sella nella quale possiamo in termini semplici considerare il trapezio il cavallo ed il metacarpo il cavaliere. I movimenti avvengono quindi su due assi perpendicolari, e permettendo quindi dalla loro combinazione un movimento di circonduzione, condizionata dal legamento extrarticolare intermetacarpale che fa da perno.



Fig 2: articolazione trapezio-metacarpale a sella



(riproduzione da Brunelli- Disegno P.Leone)

Terapia

La rizoartrosi evolve in quattro stadi, classificati in base alla degenerazione ed alla instabilità articolare .

CLASSIFICAZIONE secondo Brunelli:

STADIO I

instabilità

dolore iniziale

non alterazioni radiografiche

Si può avere sublussazione della base del I MC sotto sforzo in abduzione, ipoplasia del trapezio.

STADIO II

instabilità

dolori frequenti da sforzo

modesta limitazione funzionale

iniziali alterazioni radiografiche

STADIO III

Al dolore e limitazione funzionale si associano avanzate alterazioni radiografiche con osteofitosi, sclerosi ed abolizione della rima articolare.

Possibile sublussazione statica

STADIO IV

rigidità trapeziometacarpale, grave limitazione funzionale

gravi alterazioni radiografiche con distruzione articolare e/o achiilosi, iperestensione della MF.

CLASSIFICAZIONE RX DI EATON E LITTLER

Stadio 1: distensione capsula per sinovite ,allargamento dell' emirima, sublussazione inferiore ad un terzo

Stadio 2 : sublussazione sino ad un terzo per lassità ligamentosa (fare r x sotto stress),osteofiti o calcificazioni periarticolari inferiori a 2 mm.

Stadio 3 : sublussazione superiore ad un terzo, osteofiti o calcificazioni periarticolari superiori a 2 mm. Restringimento dell' emirima articolare

Stadio 4 : segni di degenerazione dei capi articolari con osteofiti giganti o erosioni periarticolari, sublussazione maggiore restringimento dell' emirima articolare.

Nei primi due stadi il trattamento può essere di tipo conservativo e il dolore può essere dominato mediante una "economia articolare", cioè il paziente dovrà imparare ad utilizzare una pinza digitale mantenendo il primo metacarpo in abduzione, ovvero afferrando i piccoli oggetti con un'ampia apertura della prima commissura come nella presa degli oggetti grandi ; con l'uso di un tutore (per primo raggio che serve a mantenere il pollice in posizione corretta a 20° in abduzione e 40° in anteposizione.

L'utilizzo di antinfiammatori sono un buon supporto nelle fasi acute.

In queste fasi trovano una buona indicazione le infiltrazioni intrarticolari di cortisonici o di acido ialuronico.

Solitamente si esegue un ciclo di infiltrazioni a cadenza settimanale; rappresentano una soluzione terapeutica molto valida per la riduzione della sintomatologia dolorosa in pazienti non ancora candidati alla chirurgia.

Nelle fasi in cui non si ha un'importante alterazione radiografica, ma esiste un'instabilità articolare, è indicata la stabilizzazione secondo Brunelli. Tale intervento si basa sul presupposto secondo cui il legamento intermetacarpale svolge un ruolo importantissimo sulla stabilità dell'articolazione TM.

L'intervento, da noi utilizzato presso l'Ospedale Bolognini di Seriate (Bergamo), consiste nel prelevare uno dei tendini dell'abditore lungo del pollice ALP, sezionarlo a circa sei centimetri prossimalmente alla sua inserzione sulla base del I metacarpale, farlo quindi passare mediante un foro transosseo nella base del primo e secondo metacarpo e suturarlo in corretta tensione sull'inserzione dell'estensore lungo del radiale del carpo, oppure mediante l'utilizzo di una microancora, così come proposto da Catalano.

Tale intervento permette la remissione del sintomo dolore e serve ad impedire il peggioramento della sintomatologia.

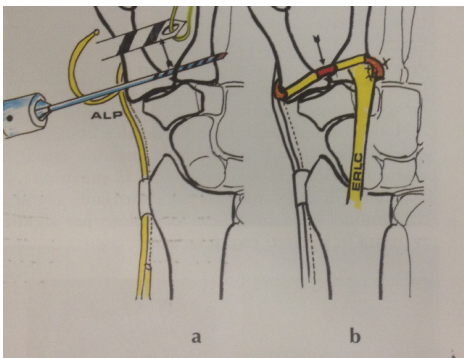


Fig 3: Intervento di Brunelli per correzione instabilità della TM.

Negli altri due stadi il trattamento è chirurgico. La scelta terapeutica da noi adottata, a secondo dei casi, consiste in trapezectomia e artroplastica biologica, artrodesi trapezio-metacarpale, cioè la fusione delle due ossa. Lo scopo è quello di eliminare il dolore, di restituire quanto più possibile la funzione utile del primo dito e della mano, La scelta dell'intervento da eseguire va fatta caso per caso in base alla gravità del quadro, l'estensione dell'artrosi, le esigenze funzionali del paziente, ecc.

L'artrodesi va riservata in quei pazienti in cui è da prediligere la forza di presa alla mobilità come nel caso di lavoratori manuali pesanti. Dagli studi in letteratura si evidenzia come un'artrodesi a questo livello, causa uno sbilanciamento delle forze, provocando un'artrosi secondaria sulle articolazioni vicine.

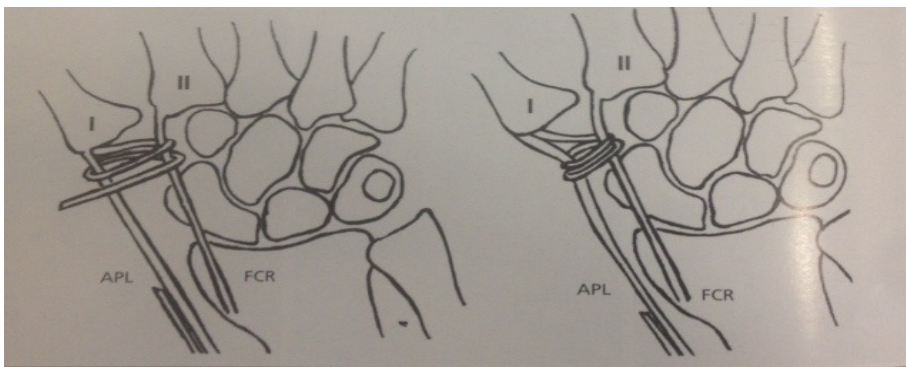


Fig.4: tenoartroplastica in sospensione.

L'artroplastica o tenoplastica è l'intervento che a nostro parere dà il miglior risultato inteso come compromesso tra eliminazione del dolore e mantenimento della funzionalità articolare. È l'intervento più indicato quando si voglia mantenere una certa funzionalità articolare residua anche se comporta una riduzione della forza.

Esistono diverse tecniche per eseguire delle plastiche di interposizione di tessuto biologico. Al momento la più utilizzata è l'artroplastica secondo Welby, modificata Ceruso. Prevede l'asportazione del trapezio (trapeziectomia) e la ricostruzione dell'articolazione portante del I dito mediante materiale biologico di interposizione ricavato da una piccola parte dal tendine abduktore lungo del pollice (APL) che viene poi fatto passare una o due volte attorno al flessore radiale del carpo e suturato alla capsula articolare dorsale. Ciò permette di riempire lo spazio ricavato dall'asportazione del trapezio. Viene mantenuta una immobilizzazione per 3-4 settimane mediante stecca gessata o splint, prima di iniziare gli esercizi di mobilizzazione. Il paziente deve però essere ben consapevole del fatto che i risultati aspettati si otterranno solo a distanza di quasi tre mesi dal trattamento.

I rischi legati all'intervento (fortunatamente molto rari) sono principalmente: la formazione di una cicatrice dolorosa la lesione chirurgica (o in corso d'intervento) di un ramo nervoso (soprattutto nel caso di decorsi anatomicamente anomali), le infezioni. Residuerà nel post-operatorio un lieve deficit di forza, mentre la funzionalità articolare nei movimenti del pollice sarà perfettamente ricostituita.

BIBLIOGRAFIA:

Brunelli GA, Brunelli GR anatomical study of distal insertion of the abductor pollicis longus. Concept of a new muscolotendineous unit: the abductor carpi muscle. Ann Hand Surg 10:569-576,1991

Weilby A. Tendon interposition arthroplasty of the first carpo-metacarpal joint. J Hand Surg 13B:421,1988.

Brunelli GR. Instabilità dell'articolazione trapeziometacarpale. Rizoartrosi. Cap.20 "La mano, manuale di chirurgia".

Catalano F, Fanfani F, Merendi G. Artrosi trapezio-metacarpale o rizoartrosi. Trattato di Chirurgia della Mano, Landi, Cap 110 vol 2.