

VIZI DI CONSOLIDAZIONE EXTRA-ARTICOLARE DELLE FRATTURE DEL RADIO DISTALE: INDICAZIONI E TECNICHE DI CORREZIONE CHIRURGICA

A. ATZEI¹, P. BORELLI², R. LUCHETTI³

¹Fenice, Hand Surgery and Rehabilitation Team, Centro di Medicina, Treviso - Policlinico San Giorgio, Pordenone

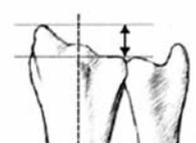
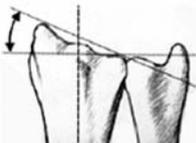
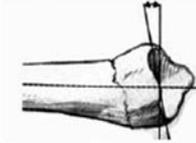
²Day Hospital, Chirurgia della Mano, Chirurgia del Polso - 1a Divisione di Ortopedia e Traumatologia - Spedali Civili di Brescia, Brescia

³Centro di Chirurgia della Mano, Rimini

CORSO DI ISTRUZIONE: FALLIMENTO DEL TRATTAMENTO DELLE FRATTURE DI POLSO: DIAGNOSI E POSSIBILI SOLUZIONI

La viziosa consolidazione rimane tutt'ora una complicanza piuttosto comune del trattamento delle fratture del radio distale. Sebbene la causa più frequente sia rappresentata dalla dislocazione secondaria durante il trattamento conservativo in apparecchio gessato, non è raro osservare casi di malconsolidazione (o malunion) anche dopo trattamento chirurgico, soprattutto mediante fissazione esterna. Sebbene l'anatomia normale del radio distale possa essere definita sulla base della misurazione dei parametri radiografici standard riportati in tabella 1, non esistono parametri radiologici prestabiliti sulla base dei quali si possano porre le indicazioni al trattamento correttivo di una malunion.

Tabella 1. Anatomia radiografica normale

Lunghezza Radiale 8 - 17mm	
Angolazione Radiale 16 - 29°	
Angolazione Palmare 0° - 22°	

È opinione condivisa che l'indicazione all'intervento derivi dal quadro clinico lamentato dal paziente, dalle sue esigenze funzionali e dalla motivazione ad affrontare un percorso terapeutico impegnativo. Pertanto, la presenza di evidente deformità clinicamente asintomatica ci dovrà far soprassedere dal trattamento correttivo e viceversa in caso di dolore e alterazione della funzione. Il chirurgo ha a disposizione varie opzioni terapeutiche per i diversi obiettivi. Il ripristino della corretta morfologia anatomica del radio richiede l'esecuzione dell'intervento di osteotomia correttiva, le cui indicazioni e controindicazioni formali sono state poste da Jupiter & Fernandez (JBJS 2001) e riassunte in tabella 2, che ne rappresenta un aggiornamento attuale.

La pianificazione preoperatoria dell'intervento di osteotomia correttiva richiede lo studio radiografico comparato di entrambi i polsi e l'esame TAC per avere una stima accurata delle deformità, che molto spesso risulta svilupparsi in più piani nello spazio.

Con maggiore frequenza si osserva la presenza di deformità ad angolazione dorsale ed in accorciamento che sono responsabili di deficit analgico della forza e di difetto di articularità del polso, con particolare coinvolgimento della prono-supinazione. Questo disturbo risulta scarsamente tollerato dai pazienti, che, sempre più frequentemente, richiedono la correzione di malunion anche modeste

Tabella 2. Indicazioni e controindicazioni all'intervento di osteotomia correttiva del radio (aggiornata da Jupiter & Fernandez - JBJS 2001)

Indicazioni	Deficit Funzionale Dolore Alterazione / Instabilità RUD Instabilità medio-carpica correggibile Malallineamento articolare senza artrosi
Controindicazioni	Alterazioni artrosiche avanzate Instabilità medio-carpica non-correggibile Scarse aspettative funzionali (Osteoporosi avanzata)

pur di correggere il deficit specifico della prono-supinazione.

L'avvento delle moderne placche a stabilità angolare e la sempre maggiore familiarità con l'approccio volare al radio distale, ha contribuito all'affermarsi dell'uso di queste tecniche anche nel trattamento correttivo. La via di Henry, con le successive modifiche di Orbay, rappresenta l'accesso di prima scelta per gran parte dei vizi di consolidazione. L'esperienza e la sensibilità del chirurgo sono assai importanti nella decisione della sede di osteotomia. Condizione ottimale è rappresentata dalla malunion cosiddetta "nascent", che viene diagnosticata e trattata prima del raggiungimento della completa consolidazione del callo osseo: per cui il chirurgo deve di fatto eseguire una calloclasia del focoloiaio fratturativo che rimane ancora evidente. Trattamenti più tardivi sono complicati dalla necessità di individuare la sede ottimale per l'osteotomia, dato che la linea di consolidazione non ri-

sulta più evidente. La possibilità di impiegare placche a stabilità angolare presenta numerosi vantaggi ed è senz'altro consigliabile. In particolare si rivela utile nell'agevolare il riallineamento epifisario: trattandosi di placche anatomiche, una volta applicata la parte distale a livello subcondrale dell'epifisi, ed eseguita l'osteotomia, sarà sufficiente allineare lo stelo della placca per ottenere un ripristino anatomico della morfologia del radio. Inoltre la grande resistenza meccanica di questi sistemi di sintesi ha reso praticamente superfluo il ricorso all'innesto osseo per colmare gap osteotomici pari anche ai 10-12 millimetri ed ha permesso una grossa riduzione dei tempi di riabilitazione anche in soggetti di età avanzata.

Alla luce dell'esperienza maturata con più di 30 casi trattati negli ultimi 5 anni con risultati più che soddisfacenti, si ritiene una tecnica affidabile in grado di migliorare gli esiti inidonei del trattamento delle fratture del radio distale.