

TRAUMI RADIOULNARI: GESTIONE IN EMERGENZA E DIFFERITA

M. D'ARIENZO, N. GALVANO, G.D. VALENTI, M.C. AGNELLO
Clinica Ortopedica e Traumatologica Policlinico Universitario "P. Giaccone" - Palermo

SESSIONE 2: ASPETTI CLINICI NEL TRATTAMENTO DEI TESSUTI OSTEOARTICOLARI

INTRODUZIONE

Le fratture che coinvolgono una od entrambe le ossa dell'avambraccio rappresentano circa l'8-10% di tutte le fratture, interessando prevalentemente, soggetti di sesso maschile in una fascia di età compresa fra i 15 ed i 45 anni; le donne vengono interessate meno frequentemente ed in genere oltre i 60 anni di età. Tali fratture possono presentarsi come isolate oppure associate ad altre lesioni delle articolazioni prossimali o distali all'avambraccio.

MATERIALI E METODI

L'identificazione del tipo di fratture prevede l'impiego della classificazione AO, estremamente completa, che indica in maniera precisa la sede della lesione. L'eventuale presenza di esposizione del

focolaio di frattura viene invece identificata mediante la classificazione di Gustillo.

La presenza di lesioni associate come la lesione di Monteggia (frattura dell'ulna con lussazione del capitello radiale), di Galeazzi (frattura del radio con lussazione dell'articolazione radio-ulnare distale) o la lesione di Essex-Lo Presti (frattura del terzo prossimale o del capitello radiale con lesione della membrana interossea e dell'articolazione radio-ulnare distale) implica un trattamento diverso rispetto al riscontro di una frattura semplice di avambraccio.

RISULTATI

L'algoritmo decisionale del trattamento di queste fratture impone l'individuazione di fattori differenti rappresentati da:

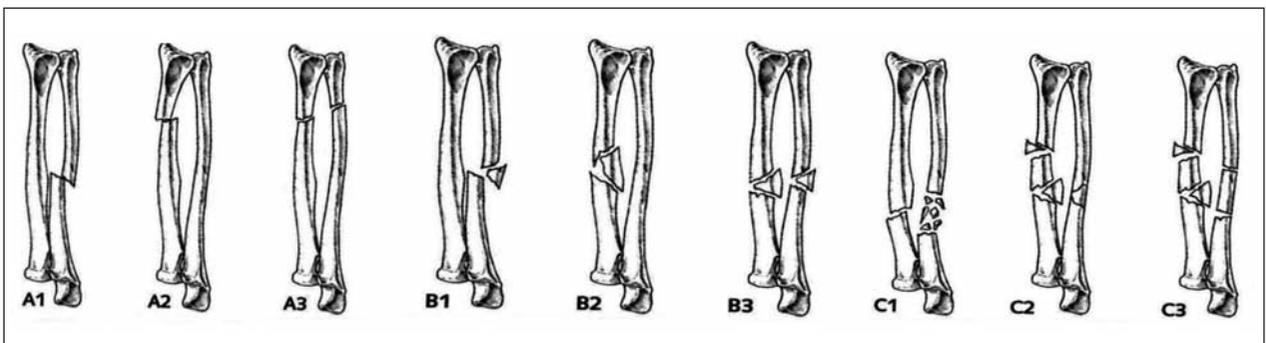


Figura 1. Classificazione AO: Tipo A (semplici), Tipo B (pluriframmentarie), Tipo C (bifocali e comminute).

- 1) Tipologia del paziente: età, condizioni patologiche preesistenti come diabete, nefropatie, epatopatie, ecc., attività lavorativa, condizione mentale.
- 2) Coesistenza di lesione dei tessuti molli: escoriazioni semplici, mortificazione dei tessuti muscolari, esposizione con perdita di sostanza più o meno consistente.
- 3) Tipologia della frattura: semplice, con coinvolgimento articolare, associata a lussazioni, ecc.

Per quanto riguarda il trattamento delle fratture esposte, occorre effettuare un accurato debridement della lesione in urgenza (entro le 6 ore), optando per l'utilizzo di un fissatore esterno per stabilizzare la frattura nel caso non si possa eseguire l'intervento chirurgico definitivo con l'applicazione di placca.

Altra evenienza che impone un trattamento in urgenza è il riscontro associato di una lesione di Monteggia o di Galeazzi, condizione in cui deve essere ridotta la lussazione corrispondente nel più breve tempo possibile.

DISCUSSIONE

Nelle condizioni in cui si ha la presenza di una frattura semplice di avambraccio (singola o biossea), che rappresentano la stragrande maggioranza dei casi, l'intervento chirurgico può essere differito, optando per l'impiego di una placca a stabilità angolare e viti; l'intervento, comunque non dovrebbe essere effettuato oltre i 3 giorni dal trauma.

Mallin ritiene che le fratture di avambraccio debbano essere stabilizzate non appena possibile,

preferibilmente prima che sopraggiunga l'edema perilesionale.

Hadden e coll. stabilizzarono con placca entro le 24 ore successive dall'evento traumatico il 44% delle fratture esposte ed il 23% di quelle chiuse.

Le loro motivazioni per posticipare il trattamento includono pazienti con lesioni multiple in cui le altre lesioni avevano la priorità di trattamento, attesa della guarigione delle ferite nelle fratture esposte o pazienti anziani con altre comorbidità.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bone LB, Johnson KD, Weigelt J, et al. Early versus delayed stabilization of femoral fractures: a prospective randomized study. *Clin Orthop Relat Res* 2004; 422: 11-6.
2. McCormack RG, Leith JM. Ankle fractures in diabetics. Complications of surgical management. *J Bone Joint Surg Br* 1998; 80 (4): 689-92.
3. Harris I, Mulford J, Solomon M, et al. Association between compensation status and outcome after surgery: meta-analysis. *JAMA* 2005; 293 (13): 1644-52.
4. Skaggs DL, Friend L, Alman B, et al. The effect of surgical delay on acute infection following 554 open fractures in children. *J Bone Joint Surg Am* 2005; 87 (1): 8-12.
5. Mallin BA. Principles of Management of Forearm Fractures In Chapman MW, Madison M (eds): *Operative Orthopaedics*, vol. 1. Philadelphia, I.B. Lippincott, 1988: 263-71.
6. Hadden WA, Reschauer R, Seggl W. Results of AO Plate Fixation of Forearm Shaft Fractures in Adults. *Injury* 1984; 15: 44-52.
7. Asquasciati G, Bagliani GP, Becchetti S, Pilati S, Pinelli G, Senes FM. Trattamento chirurgico a minima per via percutanea delle fratture e problemi di osteosintesi interna in urgenza. *Rivista Italiana di Ortopedia e Traumatologia pediatrica* 1990; (6): 181-7.