

Il sistema Epibloc nelle fratture di polso. Nostra esperienza

Our experience with Epibloc system in treatment of wrist fractures

AGNOLUTTO R.*, CUM M.***, CARFI G.*, MECCHIA F.*

Comunicazione presentata al XXXVII Congresso nazionale S.I.C.M., Treviso, 22-25 settembre 1999

Parole chiave: fratture di polso, Epibloc

Key words: wrist fractures, Epibloc system

SUMMARY

Distal radius fractures are common problems for the orthopaedic surgeon and various surgical treatments have been reported. Since November 1997 Authors use Epibloc, Ulson system in treatment of extra-articular and some articular distal radius fractures. Operative procedure is described in detail. They treated so 53 patients. All cases were documented with antero-posterior and lateral X-rays preoperatively, at 4 and 8 weeks postoperatively, after consolidation. According to Gartland and Werley score modified by Sarmiento, the following results were achieved: excellent 30%, good 50%, fair 18% and poor 2%.

INTRODUZIONE

Le fratture di polso sono la patologia più frequente in Traumatologia. I trattamenti finora proposti, sia ortopedici che chirurgici, non sempre portano a risultati soddisfacenti sia per quanto riguarda la riduzione dei frammenti e il loro mantenimento fino a consolidamento della frattura, sia per il recupero funzionale del polso. Un passo avanti in questo campo, a nostro avviso, è stato fatto con la proposta del sistema di fissazione esterna dinamica Epibloc (1).

Abbiamo suddiviso le fratture distali di radio secondo la classificazione di Merle (2) in fratture extra-articolari, con spostamento dorsale o volare del frammento, e in fratture articolari, parziali o complesse.

Il sistema Epibloc è indicato soprattutto nelle frat-

ture extra-articolari scomposte ma anche, secondo noi, nelle fratture articolari scomposte dove sia possibile una buona riduzione dei frammenti e una sicura presa dei fili di Kirschner. Nelle fratture articolari scomposte irriducibili o comminute usiamo invece il fissatore esterno classico, oppure la riduzione cruenta e la sintesi con altri sistemi, e in tutte le fratture composte e stabili il trattamento ortopedico con gesso.

MATERIALI E METODI

Il sistema è costituito da 3 fili di K. del diametro di 2 mm., lunghi 30 cm., a punta lanceolata e da una placca-morsetto con viti per bloccare i fili. Dopo riduzione della frattura, la più anatomica possibile, ven-

* Divisione di Ortopedia e Traumatologia S.O. di Spilimbergo (PN), A.S.S. n. 6 "Friuli Occidentale"

** Clinica Ortopedica e Traumatologica Policlinico Universitario dell'Università degli Studi di Udine

gono introdotti a motore, nell'epifisi radiale, da distale a prossimale, uno alla volta, 2 fili: uno dorsale appena mediale rispetto ai tendini estensori delle dita e l'altro a metà circa della stiloide radiale. Una volta passata la corticale vengono spinti col battitore oltre la frattura nel canale midollare fino a 2 cm. dal capitello radiale. I fili vengono poi piegati a fior di pelle prima dorsalmente di circa 90° e poi a 3-4 cm dalla pelle a 100° ma convergenti e paralleli tra di loro in modo da essere fissati alla placca, in distrazione, con 2 viti. Lo

stato tensionale è dato dalla pressione dei fili vicino alla prima piegatura e dalla loro distrazione in prossimità della placca realizzando così la fissazione-compressione della frattura. Il paziente, dimesso, viene medicato una volta la settimana e invitato alla mobilitazione attiva delle dita e del polso. Dopo 30-40 giorni, a conferma radiologica del consolidamento della frattura, viene asportato l'impianto in sala gessi; dopo altri 30 giorni, a 60 giorni dalla frattura, il paziente viene ricontrollato (Rx più visita).

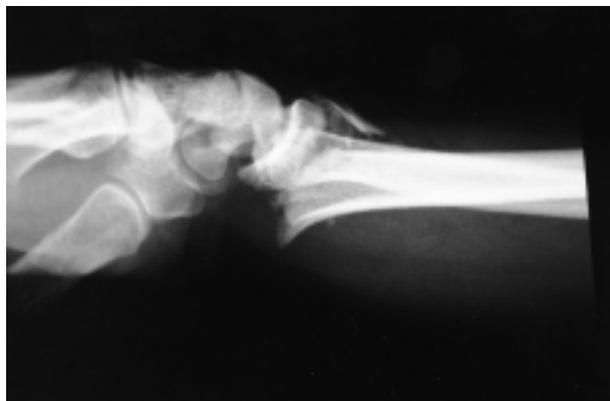


Fig. 1 - P.L. maschio, 36a.; frattura extra-articolare a scomposizione dorsale (tipo Colles) del polso sin: rx in a.p. e laterale.

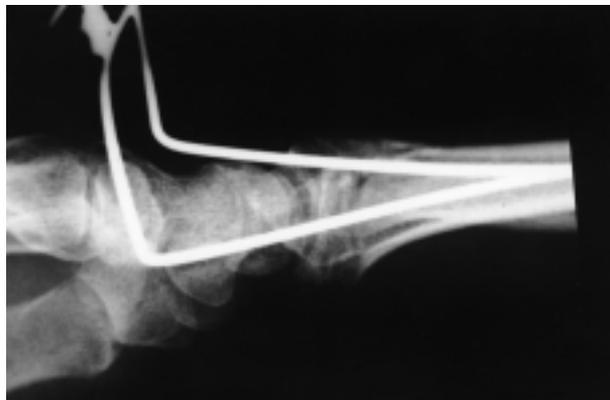


Fig. 2 - P.L. maschio, 36 a.; quadro radiografico in a.p. e laterale dopo riduzione a cielo chiuso e stabilizzazione con il sistema Epibloc.

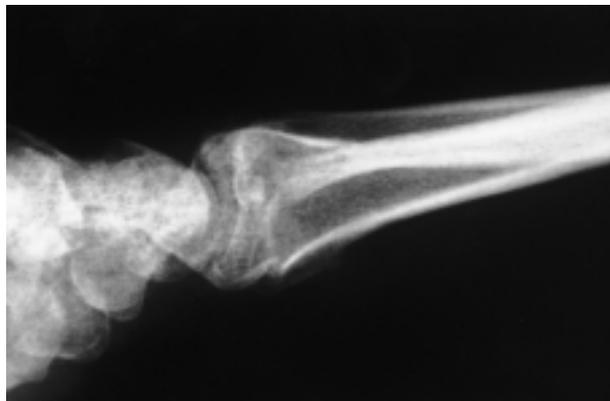


Fig. 3 - P.L. maschio, 36a.; quadro radiografico in a.p. e laterale a 2 mesi dalla frattura e a 30 gg. dalla rimozione del sistema Epibloc.

CASISTICA

Da novembre '97 abbiamo trattato 53 pazienti. L'età è compresa tra i 17 e 94 anni con una media di a. 56. Le donne sono 39, i maschi 14. Tutti i casi sono stati trattati con 2 fili tranne 3 casi che hanno richiesto il 3° filo ulnare per la concomitante frattura di ulna. In 3 casi la frattura di polso era associata ad altre patologie traumatiche e precisamente: 1 caso associato a lussazione di spalla omolaterale; 1 caso a frattura di

clavicola omolaterale, 1 con concomitante frattura di olecrano omolaterale. Tutte le lesioni sono state trattate in un'unica seduta operatoria. In 10 casi l'anestesia era locale e i pazienti in regime di day-hospital, negli altri casi siamo ricorsi alla anestesia plessica con un ricovero di 2 giorni. Un solo caso ha richiesto l'anestesia generale per la giovane età del paziente (17 anni), la presenza di politrauma, e la particolarità della frattura: esposta quella ulnare, al 3° medio quella radiale che ha richiesto la riduzione cruenta (Fig. 4, 5, 6).

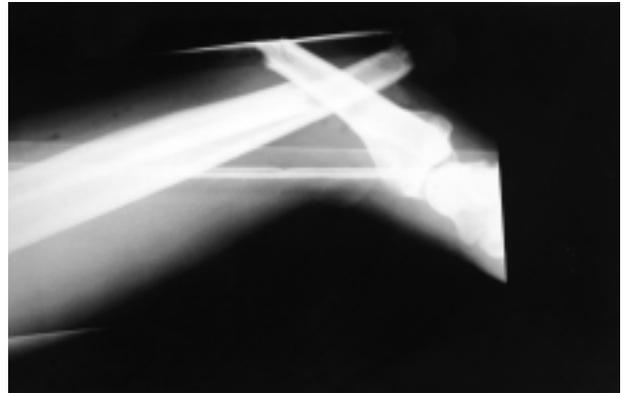


Fig. 4 - C.A. Maschio, 17 a.; caso atipico in cui abbiamo esteso l'indicazione al sistema Epibloc ad una frattura del terzo medio del radio e frattura esposta distale di ulna Sin.: Rx in a.p. e laterale.

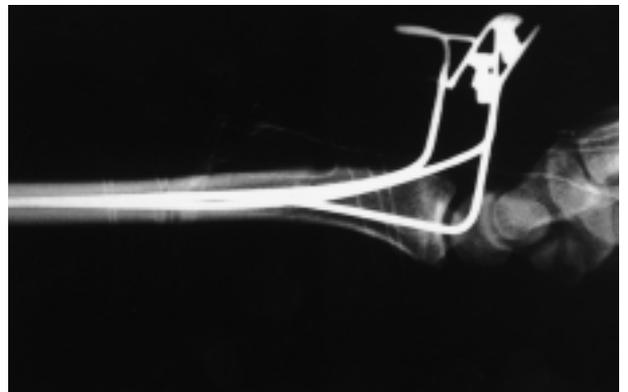
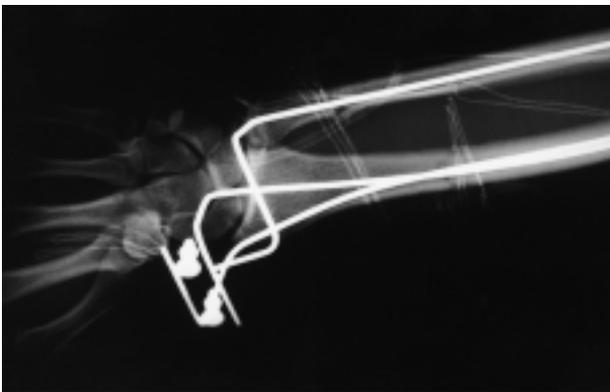


Fig. 5 - C.A. maschio, 17 a.; controllo radiologico in a.p. e laterale dopo riduzione cruenta e stabilizzazione con Epibloc.



Fig. 6 - C.A. maschio, 17 a.; controllo radiologico in a.p. e laterale a consolidamento avvenuto delle fratture a 15 settimane dall'intervento e a 4 settimane dalla rimozione del sistema Epibloc.

RISULTATI

Valutati secondo la scheda di Gartland e Werley (3) modificata da Sarmiento (4). Tale scheda valuta il dolore e la limitazione funzionale riferiti dal paziente, le deformità residue, la motilità del polso, la riduzione della forza, l'eventuale rigidità delle dita e i disturbi nervosi. Abbiamo così registrato i seguenti risultati: ottimi 30%, buoni 50%, discreti 18% e cattivi 2%. In 7 casi abbiamo registrato un'intolleranza cutanea ai fili di K. che ha richiesto solo qualche medicazione in più.

L'unico insuccesso con cedimento dell'impianto e scomposizione secondaria della frattura è imputabile alla grave osteoporosi (il caso della signora 94enne).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

A nostro avviso il sistema è valido per i seguenti motivi: facilità d'impianto, consolidamento della frattura in tempi brevi, non scomposizione secondaria, non algodistrofia da immobilizzazione, rapido recupero funzionale, facile gestione del paziente, possibilità di impiantare l'Epibloc in anestesia locale a paziente in Day-Hospital.

RIASSUNTO

Le fratture distali di radio sono di frequente riscontro nella pratica traumatologica; oggi l'ortopedico ha diverse

possibilità tecniche per trattare questa patologia. Dal novembre 1997 nel nostro reparto viene adottato il sistema di fissazione esterna Epibloc. Dopo riduzione della frattura, la più anatomica possibile, si introducono da distale a prossimale i fili di K. (2 per il radio più uno eventuale per l'ulna) e dopo controllo Rx-scopico si fissano alla placca esterna. Il sistema così ottenuto mantiene una fissazione esterna dinamica dei frammenti e soprattutto consente la mobilizzazione attiva del polso permettendo un rapido recupero funzionale. I risultati valutati secondo la scheda di Gartland e Werley, modificata da Sarmiento sono: ottimi e buoni nell'80%, discreti nel 18% e cattivi nel 2%. Concludendo riteniamo che il sistema sia valido e debba far parte del bagaglio culturale e tecnico dell'ortopedico moderno.

BIBLIOGRAFIA

1. POGGI DS, TOGNONI O: Il sistema Epibloc. Ed. Mattioli, Fidenza, 1995.
2. MERLE M, DAUTEL G: La main traumatique. 2 chirurgie secondaire, le poignet traumatiche. Ed. Masson, Paris: 312, 1995.
3. GARTLAND JJ, WERLEY CW: Evaluation of healed Colles' fractures. Bone and Joint Surg 33-A: 895-907, 1951.
4. SARMIENTO A, PRATT GW, BERRY NC, SINCLAIR: Colles fracture functional bracing in supination. Bone and Joint Surg 57-A: 311-317, 1975.

Dott. Roberto Agnolutto
Via Nuova, 8/A
33093 MEDUNO (PN)