

L'EMITRAPEZIECTOMIA TRASVERSA DISTALE NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA RIZOARTROSI

M. BONATO

U.O. Ortopedia e Traumatologia Ospedale Civile Vicenza (Primario Prof. L. Nogarín)

Surgical treatment of trapeziometacarpal arthritis with distal half resection of trapezium.

SUMMARY

The Author describes his own surgical technique of distal half – resection of the trapezium in the trapeziometacarpal arthritis' treatment. This technique is the result of his experiences with Brunelli and Weilby's methodologies, thus mixing these two systems' best aspects. Emphasis is laid on the fact that the best results were obtained with a total resection of the trapezium; nevertheless, in some cases there was a certain instability of the first ray. That is why the Author has felt the need for a more conservative surgery which would also allow a conversion in case of failure. Besides, the correction of the metacarpophalangeal joint's deformity is considered a major stage. 20 patients out of 30 with a maximum follow-up of 3 years were clinically reviewed.

Riv Chir Mano 2001; 38: 299-302

KEY WORDS

Trapeziometacarpal arthritis, arthroplasty, trapezium partial resection

RIASSUNTO

L'Autore descrive la propria tecnica chirurgica di emitrapeziectomia trasversa distale nel trattamento della rizoartrosi. Questa tecnica origina dalla propria esperienza, con le metodiche di Brunelli e di Weilby; fondendo quindi gli aspetti maggiormente utili dei due metodi. Viene evidenziato che i risultati migliori sono stati ottenuti con la trapeziectomia totale; tuttavia alcuni casi sono esitati in instabilità del primo raggio. Per questo motivo, l'Autore ha avvertito l'esigenza di un intervento più conservativo e che permetta, inoltre, la possibilità di conversione in caso di insuccesso. Viene inoltre considerato momento determinante la correzione della deformità della articolazione metacarpo-falangea. È stata eseguita una revisione clinica su 20 casi dei 30 operati con un follow-up massimo di 3 anni.

PAROLE CHIAVE

Rizoartrosi, artroplastica, resezione parziale del trapezio

INTRODUZIONE

Nell'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Civile di Vicenza, nel trattamento chirurgico della rizoartrosi, sono state utilizzate le seguenti metodiche: l'osteotomia secondo

Wilson (1) , l'artrodesi trapezio-metacarpale, la protesi in Silastic, e l'artroplastica biologica.

L'osteotomia di Wilson viene tuttora utilizzata in pazienti giovani, con una sintomatologia intensa, resistente alle comuni terapie e con modeste alterazioni artrosiche a carico della trapezio metacarpale (TM).

Arrived: aprile 2000

Accepted: luglio 2001

Correspondence: Dr. Massimo Bonato, Corso Padova 143 - 36100 Vicenza - Tel. 0444 500796

L'artrodesi è stata da noi abbandonata soprattutto per la limitazione funzionale che essa induce, ma anche dopo aver osservato, non raramente, il trasferimento dell'azione usurante alla articolazione trapezio-scafoidea.

Il trattamento con protesi in Silastic, è stata da noi presto abbandonata, a causa della instabilità e della mancata osteointegrazione, che abbiamo osservato nei casi da noi trattati.

Ci siamo quindi orientati, definitivamente, sulla artroplastica biologica, che ha comunque dimostrato un quadro non soggetto a variazioni nel tempo.

Per artroplastica biologica, si intende essenzialmente: resezione articolare, tenosospensione, interposizione.

La nostra esperienza nell'artroplastica biologica, è costituita principalmente sull'intervento di Brunelli (2) e sulla trapeziectomia totale secondo Weilby (3), con le variazioni apportate da Ceruso (4). I migliori risultati li abbiamo ottenuti con la trapeziectomia totale. Tuttavia in alcuni casi, questo intervento così radicale, ha esitato in una instabilità del primo raggio, che ha presentato serie difficoltà di recupero.

Abbiamo dunque avvertito l'esigenza di un intervento più conservativo, che meno esponesse a questo rischio, e che comunque offrisse alternative in caso di insuccesso.

Da tre anni, nella nostra Unità Operativa, eseguiamo quindi una emitrapeziectomia trasversa distale, con tenosospensione-interposizione con abduuttore lungo del pollice (ALP) su flessore radiale del carpo (FRC), tecnica che di fatto rappresenta la fusione delle due metodiche precedentemente menzionate.

Riteniamo infatti che per stabilizzare l'articolazione trapezio metacarpale, sia necessario asportare l'osteofita mediale, di cui è noto il ruolo nella genesi della sublussazione della base del primo metacarpale (5) e depotenziare l'azione dei tendini abduuttori che contribuiscono alla sublussazione (6).

Per la stabilizzazione della TM riteniamo che momento chiave sia la correzione della deformità post-assiale (7), sia quando essa è manifesta, sia quando essa è appena apprezzabile. In presenza di una insufficienza della placca volare, i tendini esten-

sori diventano di fatto depressori della testa metacarpale, di conseguenza per un movimento basculatorio inducono la sublussazione della base. Per contro, con la validità della placca volare, l'azione dell'apparato estensore, riduce e centra la base del primo metacarpale.

TECNICA CHIRURGICA

Eseguiamo una piccola incisione dorso-laterale alla trapezio metacarpale, procedendo alla artrotomia tra l'estensore breve e gli abduuttori. Dopo aver ben delimitato il trapezio, eseguiamo l'osteotomia con sega oscillante, completandola con l'osteotomo. La rimozione dell'emitrapezio distale è sempre difficoltosa ed è necessario procedere per piccoli frammenti. Molto indaginosa è l'asportazione dell'osteofita mediale quando esso sia voluminoso. Momento decisivo è l'individuazione del FRC, una volta isolato si passa un'ansa di filo da sutura sotto di esso a scopo di trascinamento.

Con piccola incisione al retinacolo degli abduuttori si esegue tenotomia dell'ALP e lo si sfila distalmente. Il tendine ALP viene passato sopra l'abduuttore accessorio quindi con l'ansa precedentemente allogata, viene trascinato sotto il FRC e messo in tensione suturandolo alla capsula articolare. Prima di completare la sutura il tendine ALP viene passato per la terza volta in articolazione, e ancora suturato alla capsula.

In presenza di una anche minima deformità a collo di cigno, eseguiamo la ritensione della placca volare della metacarpo-falangea con accesso laterale (8). Con lo scalpello si disinserisce prossimalmente la placca volare e si cruenta in modo deciso la superficie volare del collo metacarpale. Con una ancorretta di Mitek si tensiona la placca e si fissa l'articolazione MF con filo di K per cinque settimane. Per lo stesso periodo si lascia una doccia di gesso.

INDICAZIONI

Eseguiamo questo intervento in pazienti relativamente giovani dove sia palese una artrosi trape-



Figura 1. Paziente maschio, 50 anni. Prima



Figura 2. Paziente maschio, 50 anni. Dopo

zio-metacarpale e assenza di artrosi trapezio-scafoidea. Condizione indispensabile, la conservata altezza del trapezio.

MATERIALE E METODI

Sono stati operati con questa metodica presso la nostra Unità Operativa, 26 Pazienti per un totale di 30 mani.

Abbiamo eseguito una revisione clinica in 20 casi escludendo i più recenti, con un follow-up massimo di 3 anni, 4 pazienti di sesso maschile, 16 di sesso femminile; l'età massima di anni 75, la minima di anni 52.

Secondo la tabella di valutazione di Brunelli-Bartolaminelli (9) abbiamo ottenuto i seguenti risultati:

- 6 ottimi
- 12 buoni
- 2 mediocri
- 0 cattivi

Da segnalare una lesione del FRC che è stata suturata estemporaneamente.

CONCLUSIONI

Confrontando questa metodica con le due da noi principalmente utilizzate in passato, utilizzando criteri di confronto analoghi a quelli di Gobbi et al (10) nel confronto tra artroplastica e artrodesi, abbiamo osservato che, rispetto alla artroplastica secondo Brunelli, tale metodica presenta i seguenti vantaggi:

- non necessità di eseguire il tunnel osseo che per ragioni di calibro implica l'utilizzo di emi-tendine;
- la struttura interposta è biologicamente viva, in quanto il tendine ALP rimane normalmente nella sua inserzione distale;
- stabilità del tessuto interposto, che viene suturato a rinforzo dell'apparato capsulo-legamentoso della TM.



Figura 3. Paziente femmina, 62 anni. Prima

Rispetto alla trapeziectomia totale di Weilby, osserviamo i seguenti vantaggi:

- stabilità articolare rilevante;
- possibilità di conversione in artrodesi in caso di insuccesso;
- posizione meno sfavorevole del chirurgo in caso di chiamata in contenzioso.

Rispetto alle altre metodiche menzionate, vanno per altro evidenziate:

- maggiori difficoltà tecniche oggettive;
- maggiore possibilità di lesione del FRC.

BIBLIOGRAFIA

1. Wilson JN. Basal osteotomy of the first metacarpal in the treatment of arthritis of the carpo-metacarpal joint of the thumb. *Br J Surg* 1973; 60: 854-8.
2. Brunelli G, Monini L, Brunelli F. Stabilizzazione della trapezio-metacarpale nella rizoartrosi. *GIOT* 1988; 16: 371-6.



Figura 4. Paziente femmina, 62 anni. Dopo

3. Weilby A. Tendon interposition arthroplasty of the first carpo-metacarpal joint. *J Hand Surg* 1988; 13 B: 421-5.
4. Ceruso M, et al. L'artrosi del 1° raggio digitale. *Riv Chir Mano* 1991; 28: 67-75.
5. Fanfani F, Catalano F, Pagliei A, Taccardo G, Tulli A. Il trattamento delle deformità secondarie del primo raggio. *La Rizoartrosi Vol. 1 Monografie della S.I.C.M.* 151-8
6. Brunelli GA, Brunelli GR. Anatomical study of the distal inserction of the abductor pollicis lungus. Concept of a new muscolotendineus unit: the abductor carpi muscle. *Ann Chir Main* 1991; 10: 569-76.
7. Oberlin C. Table ronde sur l'arthrose trapezo-metacarpienne. Introduction *Ann Chir Main* 1990; 9: 161-2.
8. Tzige Kenya: Atlante di chirurgia della mano 1988; 613.
9. Brunelli G, Bartolaminelli P. Chirurgia osteoarticolare del primo raggio della mano reumatoide. Artrodesi, artroprotesi. *Riv Chir Mano* 1986; 23: 231-40.
10. Gobbi G, Macchiavello V, Guerra M. Trattamento chirurgico della rizoartrosi: due tecniche a confronto. *Riv Chir Mano* 1997; 34: 379-84.