

Mattioli 1885

Vol. 50 / N. 2 / Settembre 2013

ISSN 0080 - 3243

# RIVISTA DI Chirurgia della Mano



CHIRURGIA E RIABILITAZIONE DELLA MANO DELL'ARTO SUPERIORE E MICROCHIRURGIA  
Organo ufficiale della Società Italiana di Chirurgia della Mano

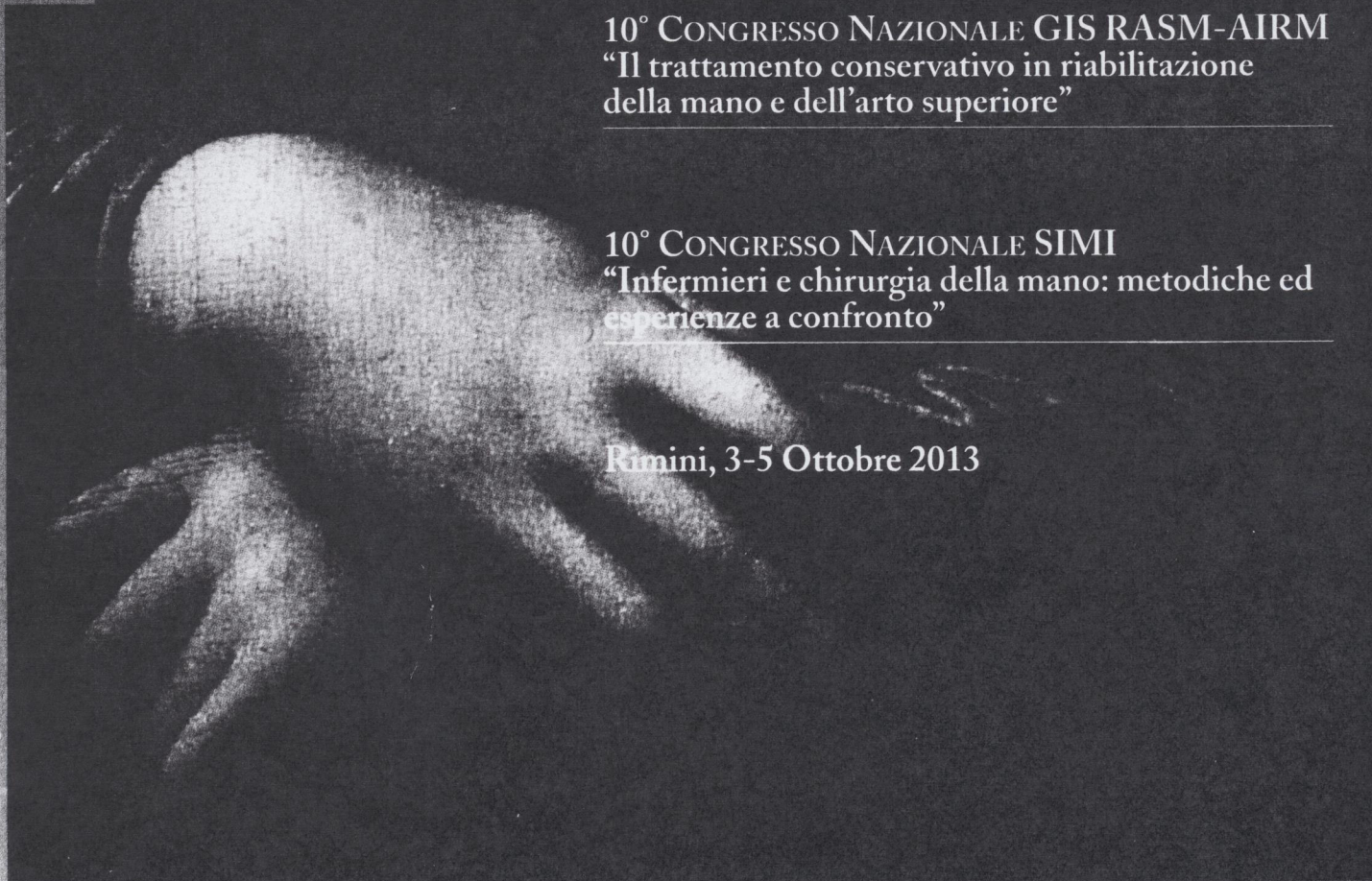
2/2013

51° CONGRESSO NAZIONALE SICM  
"Artroscopia e artroplastica del polso:  
metodiche a confronto"

10° CONGRESSO NAZIONALE GIS RASM-AIRM  
"Il trattamento conservativo in riabilitazione  
della mano e dell'arto superiore"

10° CONGRESSO NAZIONALE SIMI  
"Infermieri e chirurgia della mano: metodiche ed  
esperienze a confronto"

Rimini, 3-5 Ottobre 2013



PAPER ITALIANE S.p.A. - STUDIO A. P. D.L. - ISSN 0080-3243 - N. 2/2013

# ESITO DELLE FATTURE DI POLSO CONCETTI GENERALI

M. D'ARIENZO

Clinica Ortopedica, Università di Palermo

---

## SESSIONE 8: ESITO DELLE FRATTURE DI POLSO

---

Gli esiti più frequenti delle fratture di polso sono rappresentati dalle malconsolidazioni, dal conflitto ulno e stilo carpico, dalle pseudoartrosi del radio e dall'artrosi radio-carpica.

### MALCONSOLIDAZIONI E CONFLITTO RADIO-ULNO CARPICO

Le malconsolidazioni o vizi di consolidazione (malunion degli Autori anglo-sassoni), che usualmente vengono divise in "nascent or early malunion" e "mature malunion", e le problematiche radio-ulno carpiche sono trattate rispettivamente nella sessione "Attuali trattamenti per i vizi di consolidazione del polso" ed in quella "Instabilità radio-ulnare distale".

Ricordiamo che le malconsolidazioni sono molto più frequenti nei pazienti trattati incruentamente (18%) rispetto a quelli trattati cruentamente (4%) e che il trattamento di elezione è rappresentato dall'osteotomia parafoale nelle forme extra-articolari e dall'osteotomie in-out e out-in, quasi sempre associate ad artroscopia, in quelle intra-articolari (1).

La fissazione dell'osteotomia deve essere stabile per permettere una precoce fisiochinesiterapia e quindi un rapido recupero del R O M articolare.

### PSEUDOARTROSI

Le pseudo-artrosi del radio distale sono molto rare e raggiungono un'incidenza dell'0,2% (2).

Si parla di pseudoartrosi quando siano trascorsi almeno 6 mesi dall'evento fratturativo e gli esami radiografici non evidenziano formazione di callo osseo (3). Così come per altri distretti possono essere classificate in ipertrofiche ed atrofiche.

Tra le cause ricordiamo la comminuzione della frattura, l'insufficiente riduzione e l'inadeguata fissazione dei frammenti, l'associazione di una frattura del 1/3 distale di ulna (4).

Il quadro clinico è caratterizzato da dolore, limitazione funzionale associata ad importante deformità.

Il trattamento è generalmente chirurgico, riservando quello incruento (tutori, magneto-terapia, campi elettrici pulsati, etc.) a soggetti non operabili o con scarse richieste funzionali.

Il trattamento consiste, come negli altri segmenti, nelle forme ipertrofiche nello stabilizzare la frattura con un mezzo di sintesi adeguato (placca da revisione) e nelle forme atrofiche nell'associare alla placca un trapianto osseo autologo (gold standard) o sintetico "vitalizzato" da fattori di crescita, ricordandosi sempre di ripristinare la lunghezza del radio e i corretti valori angolari.

## ARTROSI RADIO-CARPICA

Rappresenta un esito relativamente frequente specialmente nelle fratture articolari che interessano la fossetta scafoidea e/o quella del semilunare e l'articolazione radio-ulnare distale (5, 6).

L'associazione di lesioni legamentose rappresentano un fattore aggravante e accelerante l'insorgenza dell'artrosi (Slac) (7).

Le forme più frequenti sono l'artrosi radio-scafoidea (Fig. 1), la radio-scafo-lunata, mentre più rare sono l'artrosi radio-lunata e quella radio-ulnare distale. Nelle forme più gravi non è raro l'interessamento dell'articolazione medio-carpica realizzando così un quadro di pan-artrosi.

Il quadro clinico è costituito da dolore, deformità e riduzione della motilità e della forza di presa anche se, in alcuni casi, essa è asintomatica.

L'esame strumentale più importante è quello radiografico che mette in evidenza la riduzione dello

spazio articolare, l'addensamento osteo-condrale e l'eventuale presenza di geodi.

La TC e la R M (Fig. 2) danno maggiori informazioni sulle condizioni della superficie articolare, sullo stato di sofferenza osteo-condrale e legamentosa del polso, anche se per pianificare un corretto trattamento è importante eseguire un'artroscopia.

Il trattamento chirurgico è quanto mai vario e va dalla resezione della stiloide radiale, all'artrosi radio-lunata (Fig. 3) e radio-scafo-lunata (Fig. 4) associata a resezione della parte distale dello scafoide (8) o a protesi della testa del capitato (9) con trasferimento del movimento all'articolazione medio-carpica, all'artrosi dei quattro angoli, alla resezione della prima filiera del carpo (10, 11), all'impiego di protesi parziali o totali fino ad arrivare all'artrosi di polso, vero intervento di salvataggio.



Figura 1. Quadro rx di artrosi radio-scafoidea



Figura 2. Quadro R M di artrosi radio-scafoidea

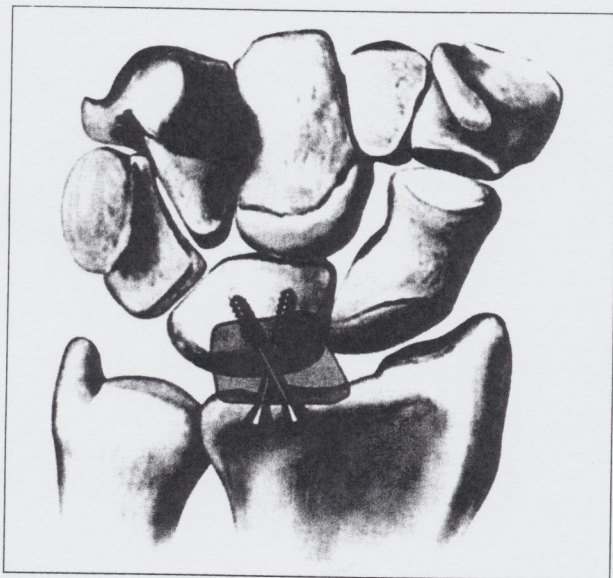


Figura 3. Schema di artrodesi radio-lunata

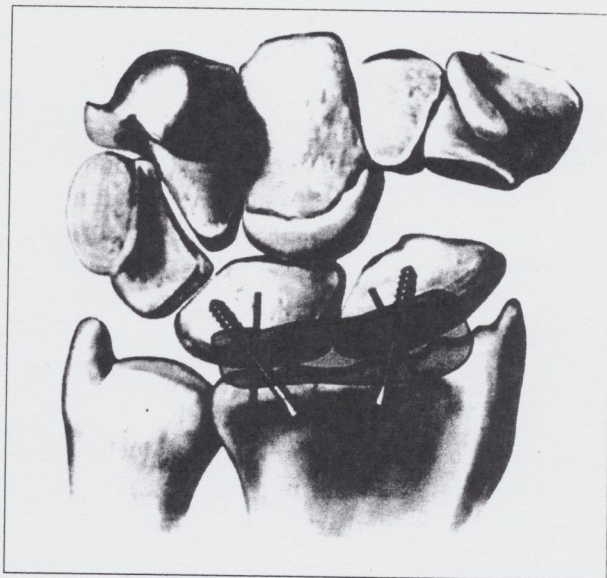


Figura 4. schema di artrodesi radio-scafo-lunata

## CONCLUSIONI

Gli esiti di fratture di polso, rappresentati da malconsolidazioni, conflitto radio-ulno carpico, pseudo-artrosi ed artrosi, sono eventi per fortuna non frequenti e necessitano di un trattamento che il più delle volte è chirurgico e che richiede una notevole esperienza ed una corretta pianificazione preoperatoria per ottenere dei buoni risultati.

## BIBLIOGRAFIA

1. Luchetti R, Atzei A, Borelli P. Trattamento dei vizi di consolidazione intrarticolari del radio distale. In Corradi M, Luchetti R Le fratture di polso Edizioni medico scientifiche, Torino, 2012, 191-209.
2. Barcorn RW, Kurtzke JF. Colles fracture. A study of two thousand cases from the New York State. J. Bone Joint Surg 1953; 35A: 643-58.
3. Fernandez DI, Ring D, Jupiter JB. Surgical management of delayed union and non-union of distal radius fractures. J Hand Surg 2001; 26A: 201-9.
4. McKee MD, Waddel JP, Yoo D, Richard RR. Non-union of distal radial fractures associated with distal ulnar shaft fractures: a report of four cases. J Orthop Trauma 1997; 11: 49-53.
5. Altissimi M, Antonucci R, Fiacca C, et al. Longterm results of conservative treatment of fractures of distal radius. Clin Orthop 1986; 206: 202-10.
6. Corradi M, Luchetti R. Artrosi del polso. In Landi A, Catalano F, Luchetti R. Trattato di Chirurgia della Mano Roma, Verduci Editore: 2007; 1239-84.
7. Varitimidis SE. Et al. Treatment of intrarticular fractures of the distal radius: fluoroscopic or arthroscopic reduction. J Bone Joint Surg 2008; 90B: 778-85.
8. Garcia-Elias M, Lluch A, Ferreres A. et al. Treatment of radiocarpal degenerative osteoarthritis by radioscapolunate arthrodesis and distal scaphoidectomy. J Hand Surg 2005; 30A: 8-15.
9. Grippi GM. Patomeccanica "regressiva" delle fratture articolari del radio distale e salvataggio con intervento di ricostruzione della Coxa Manus. Minerva Ortop. Traumat 2008; 59: 283-98.
10. Bedeschi P, Folloni A, Landi A. Artrosi di polso. Riv Chir Mano 1991; 28: 39-65.
11. Luchetti R, Soragni O, Fairplay T. Proximal row carpectomy through a palmar approach. J Hand Surg 1998; 23B: 406-9.