

"Il trattamento della rizoartrosi con
pseudoartrosi della TM. Tecnica originale"

www.fisiokinesiterapia.biz

Classificazione della rizoartrosi:



Dell
Eaton
Brunelli

Stadio	Elementi chiave di classificazione	Elementi accessori
1	Instabilità Dolori iniziali Non evidenti alterazioni radiografiche	Sublussazione della base del 1° metacarpo sotto sforzo in abduzione o nelle manovre semeiotiche (dinamica) Eventuale ipoplasia del trapezio all'esame Rx
2	Dolori frequenti da sforzo Iniziali alterazioni radiografiche Modesta limitazione funzionale	Instabilità Restringimento rima articolare, modesti segni artrosici (appuntamenti osteofitosi)
3	Dolore più forte Limitazione funzionale Avanzate alterazioni radiografiche	Continuo Severa Osteofitosi, geodi, sclerosi, scomparsa della rima nella zona di contatto, possibile sublussazione statica
4	Rigidità trapezio-metacarpale Grave limitazione funzionale Gravi alterazioni radiografiche Iperestensione della MF	Dolore diminuito in relazione alla rigidità, talora assente

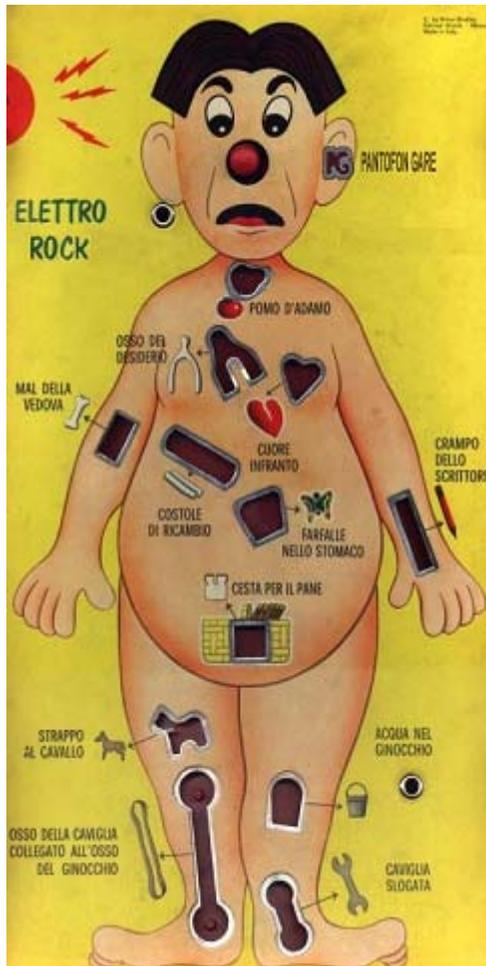
Rilievi clinici



Indicazioni chirurgiche

Dolore
Perdita di funzionalità nelle prese
Instabilità della TM (Grinding test +)

Possibili tecniche chirurgiche



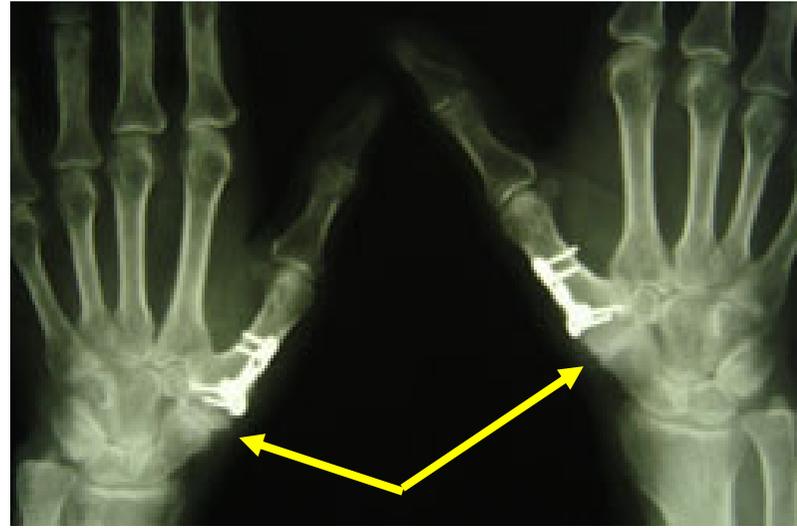
- **Artrodesi**

- **Sostituzione protesica della TM**

- **Tenoartroplastica in sospensione**

- **Artroplastica artroscopica**

Artrodesi: svantaggi



-Overload della TS di rilevanza clinica soprattutto in pazienti giovani



ad alte richieste funzionali

- Deficit di adduzione del pollice



- Saliienza della testa metacarpale in appoggio su superfici piane

Tenoartroplastica



Tendinite del CRF

in **40%** fino **60%** dei casi
fino a 7-8 mesi dopo
l'intervento



Algodistrofia simpatico riflessa in soggetti predisposti

Esigenza di una nuova tecnica

Tentativi falliti di artrodesi della
TM esitati in pseudoartrosi



Mobilità dei segmenti ossei in
presenza dei MDS

Dolore e limitazione funzionale

**Recupero immediato e scomparsa
del dolore con la semplice
rimozione dei MDS**



**Lasciando superfici articolari
decorticate e ricoperte da un panno
di tessuto fibroso che vicaria
integralmente la funzione articolare
della TM**

Idea innovativa:

Spunto per una tecnica chirurgica che miri ad ottenere immediatamente la formazione di un tessuto fibroso tra metacarpo e trapezio che consente una pseudoarticolari  parafisiologica in assenza di dolore e non secondariamente a falliti tentativi di artrodesi

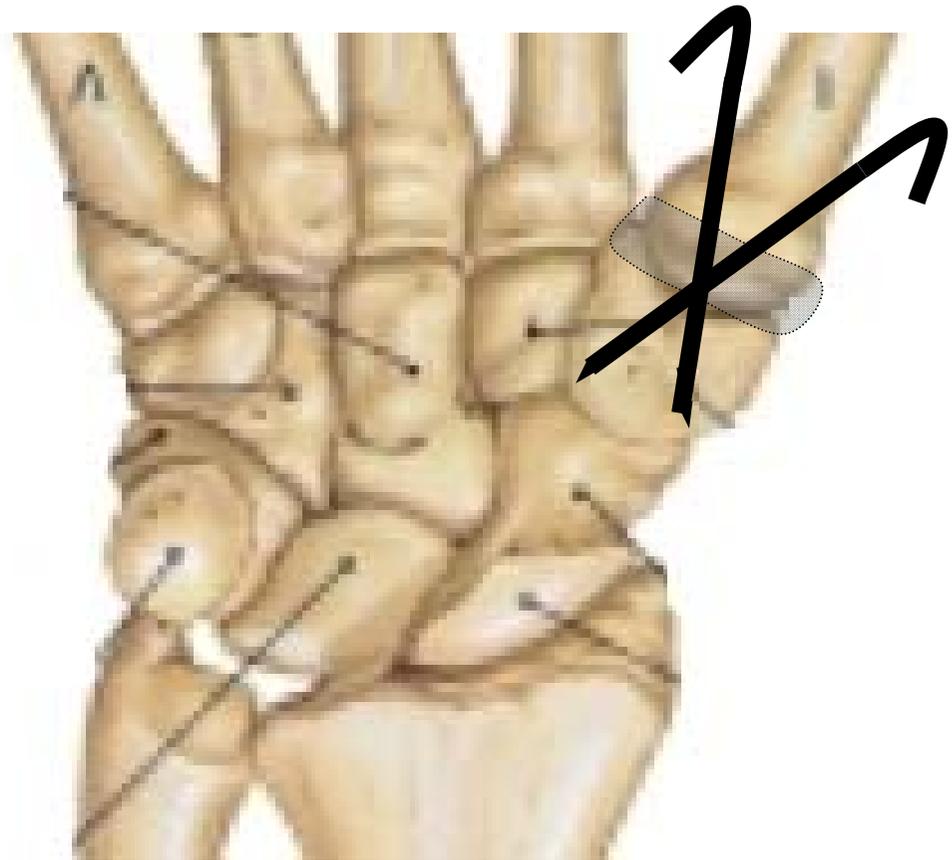
Per queste ragioni abbiamo chiamato questa tecnica

“ PSEUDOARTRODESI “



Pseudoartrodesi

- Rimozione della sola cartilagine articolare del trapezio e della base metacarpale con sega oscillante
- Blocco temporaneo con fili di K. (25 giorni) senza oltrepassare la TS
- Concessione immediata del movimento nell'arco consentito dal dolore garantita e guidata da un bendaggio fino alla rimozione dei punti di sutura



Accesso dorsale radiale



**Facendo attenzione ai rami
sensitivi del nervo radiale**



Lussazione dell'articolazione TM



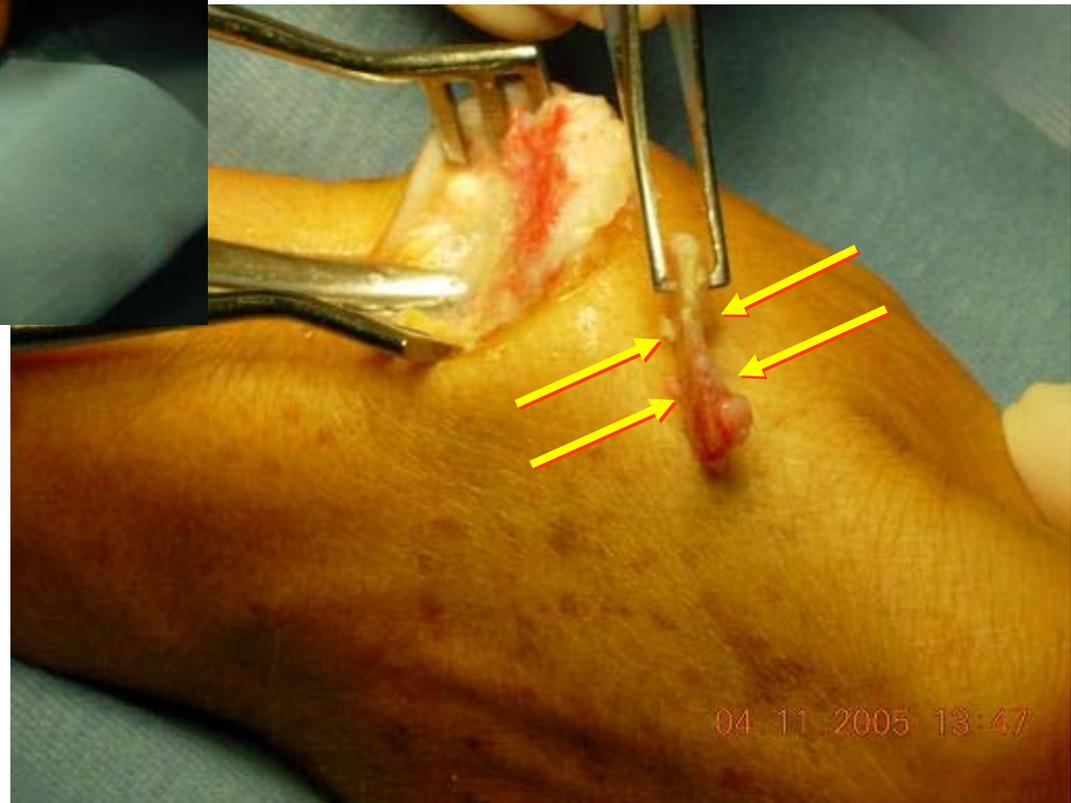


Con sega oscillante

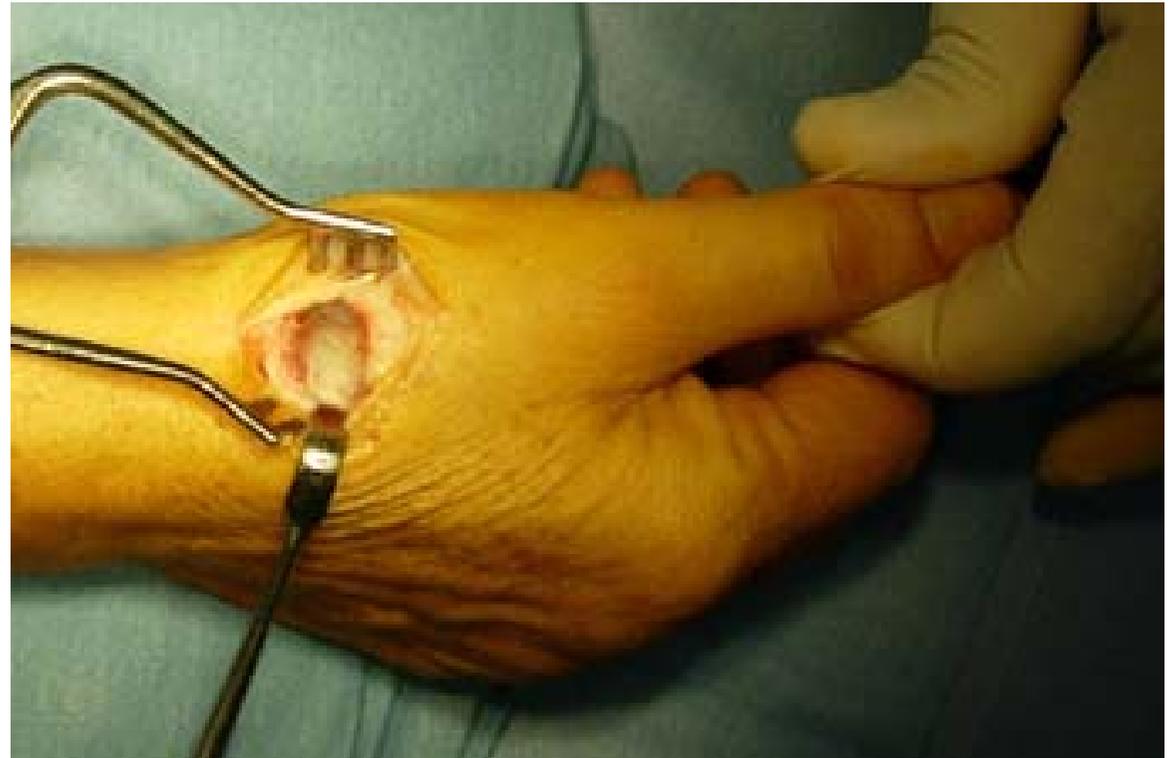


**Minima resezione ossea
della base del I MTC**

**Evitando accorciamenti
della colonna del pollice**

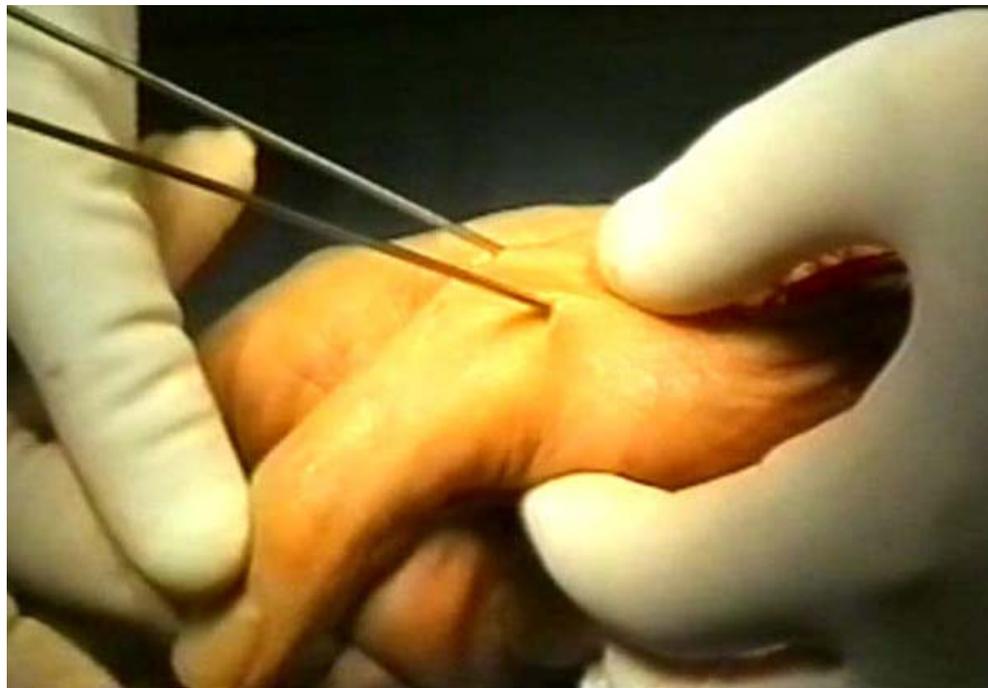


**Resezione della sola
cartilagine articolare del
trapezio**



**Fino a determinare uno spazio
quadrangolare**

Fili di K da 1,4 o 1,6 mm con tecnica in-out



**Senza impedire il
movimento della I°
metacarpo falangea**



Senza oltrepassare la TS!



NESSUNA IMMOBILIZZAZIONE POST OPERATORIA

**Precoce mobilizzazione
nell'arco non doloroso
garantita e guidata da un
bendaggio in cotone di
Germania e benda
elastica autoadesiva per i
primi 10-12 giorni**





Rimozione dei fili di Kirschner dopo 25 gg



www.fisiokinesiterapia.biz

Abbiamo usato questa tecnica da circa tre anni (nel periodo iniziale alternata alla tenoartroplastica in sospensione secondo Weilby-Ceruso)

Negli ultimi due anni abbiamo trattato tutte le rizoartrosi con questa tecnica dati gli ottimi risultati ottenuti.

In caso di associazione con artrosi scafotrapeziale eseguiamo una artroplastica analoga per l'articolazione trapezioscafoidea



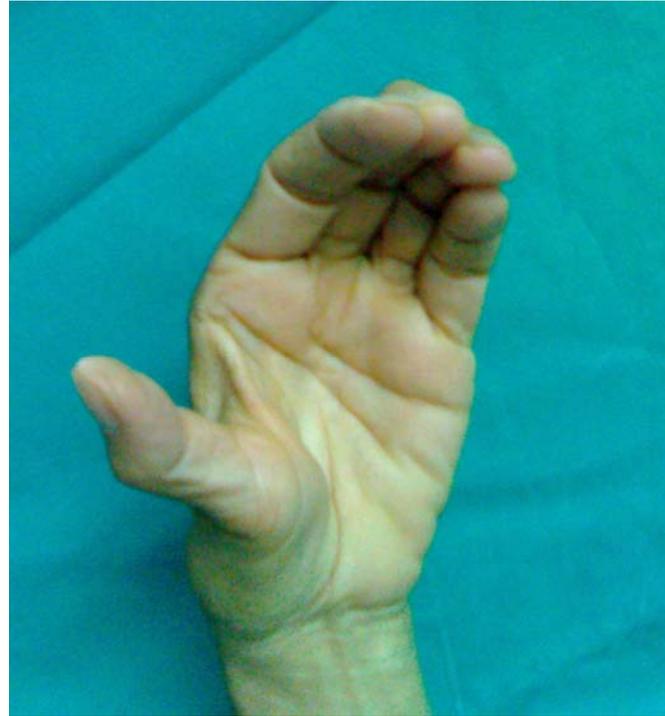
Casistica

107 casi:

32 artrodesi fallite (24 con cambre, 8 con placche e viti da 2 o 2.7 mm) negli ultimi 13 anni

75 rizoartrosi trattate con pseudoartrodesi negli ultimi tre anni (5 “Z” thumbs)





Pollice a "Z"





- **Fili di K per 45 gg**
- **Un filo di K che fa presa sullo scafoide**
- **Un filo di K che impedisce l'iperestensione della MF**

Risultati

Dolore: scomparsa immediata e assente durante il movimento
(presente nelle prese di forza fino a tre mesi dall'intervento)

Forza prensile: uguale o superiore al controlato fra due e quattro mesi dall'intervento chirurgico

Recupero del ROM: ottimo ed raggiunto nella maggior parte dei casi entro i due mesi dall'intervento (anche nei casi più difficili)

Durata dei risultati nel tempo

Conclusioni

- **Semplice**
- **Economica**
- **Facile management peri e post operatorio**
- **Ripetibile**
- **Variabilità della tecnica in base alle esigenze (modifica della posizione dei fili di K, periodo di immobilizzazione e utilizzo di bendaggi)**

Tecnica: