



Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a intervento chirurgico per *rizoartrosi*

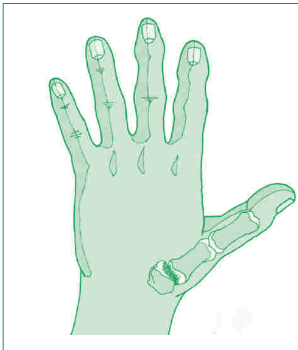


Informazioni generali

L'articolazione alla base del pollice è detta **trapezio-metarpale**, poiché è formata da un ossicino del polso – il trapezio – e la base del primo osso metarpale da cui il nome rizo - cioè radice in greco - artrosi.

A causa della loro ruolo centrale nel reggere il carico generato dalle funzioni del pollice, le cartilagini che rivestono il trapezio e il primo metarpale sono soggette a un'usura a volte precoce rispetto ad altre articolazioni: la degenerazione di questa articolazione può essere quindi causa di vivo dolore e di gravi problemi funzionali soprattutto nell'esecuzione della "pinza" tra pollice e indice.

Alcune persone sono più esposte a questa malattia, tipicamente le donne dopo i 50 anni. Tra le condizioni favorevoli sono riconosciuti precedenti familiari con tale tipo di artrosi, attività di particolare impegno per l'articolazione, pregressi traumi dell'articolazione trapezio-metarpale. La diagnosi della malattia e la sua stadiazione richiede, oltre all'esame clinico, un esame radiografico mirato all'articolazione trapezio-metarpale, meglio se eseguito comparativamente con l'altra mano.



Informazioni per il Paziente

Nelle forme iniziali, il dolore e l'instabilità articolare possono essere controllati con tecniche conservative, mediante l'uso di un **tutore di plastica rigida**, che serve a mantenere il pollice in posizione corretta, indossato durante la notte e, nelle fasi acute, per qualche ora durante il giorno, insieme a trattamenti anti-infiammatori locali come l'**ultrasuonoterapia**, la **laserterapia**, o similari.

L'uso di **farmaci anti-infiammatori** cortisonici o non cortisonici può essere sporadicamente considerato allo scopo di diminuire il dolore nelle fasi acute della malattia.

Nei casi nei quali il trattamento conservativo non è sufficiente a controllare i sintomi, e l'articolazione va incontro a gravi fenomeni degenerativi, con progressiva distruzione articolare, la chirurgia può offrire diverse soluzioni.

In linea generale, lo scopo della chirurgia è quello di eliminare o ridurre il dolore e stabilizzare l'articolazione distrutta, restituendo al pollice una migliore funzione globale rispetto alle condizioni preoperatorie, funzione che non sarà però mai uguale quella originale. Esistono numerose tecniche che il Chirurgo può adottare in base alla gravità del danno articolare e alla propria esperienza. Ricordiamo le tecniche più comunemente utilizzate.

In caso di danno articolare limitato alla sola articolazione trapezio-metarpale, può essere eseguito un intervento di "fusione" articolare (cosiddetta "**artrodesi**"), che si ottiene unendo la base del 1° metarpale all'osso trapezio con cambre (cioè graffette metalliche) o altri mezzi di sintesi (placche e viti, fili di Kirschner): l'intervento, se coronato da successo, consente di eliminare il dolore e recuperare una buona forza nelle attività del pollice al prezzo di una modesta riduzione della mobilità, solitamente ben accettata dai Pazienti grazie alla funzione delle altre articolazioni del pollice che vicariano in grande parte il movimento dell'articolazione eliminata. D'altra parte l'intervento è indicato in caso di distruzione dell'articolazione, quindi in una condizione di grave limitazione funzionale causata dalla malattia stessa.



In caso di danno esteso all'intero osso trapezio tale soluzione non è praticabile: sarà necessario ricorrere ad altre tecniche che possono prevedere l'asportazione completa dell'osso trapezio e la ricostruzione dell'articolazione con tecniche di artroplastica biologica (cosiddetta "**artroplastica in sospensione**") oppure con **protesi** di varia tipologia (in silicone, pirocarbonio, metalliche). Tali ricostruzioni articolari offrono un raggio di movimento leggermente superiore, ma sono caratterizzate da una minore stabilità articolare e quindi minore forza.

Gli interventi per rizoartrosi sono eseguiti in anestesia regionale (anestesia del plesso brachiale) o generale, hanno una durata di 30-60' e possono essere eseguiti in regime di day surgery (senza pernottamento del Paziente) o con una notte di degenza. Dopo questi interventi sono necessari un periodo di **immobilizzazione** di 4 o 5 settimane e, in seguito, una **terapia riabilitativa** la cui durata richiede solitamente due mesi. Per ottenere buoni risultati è indispensabile che la riabilitazione venga eseguita con grande attenzione da Fisioterapisti competenti in tema di chirurgia della mano.



Rischi generici

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

Rischi specifici

Le complicanze locali più frequenti relative a questi interventi possono essere distinte in **immediate** e **tardive**.

Complicanze immediate:

- **sanguinamento**, con conseguente ematoma;
- **lesione dei tendini** nell'area del pollice;
- **lesione di rami nervosi**, in particolare i rami sensitivi del nervo radiale, con successive alterazioni dolorose della sensibilità (parestesie, zone di ipoestesia o anestesia);
- **infezione** superficiale o profonda, con **deiscenza** (cedimento dei punti) della ferita chirurgica, necessità di asportazione dei mezzi di sintesi o di protesi, notevole allungamento dei tempi di guarigione;
- "**algodistrofia**": fenomeno complesso provocato da una anomala risposta al dolore, che può comportare gravissime alterazioni anatomico-funzionali dell'intera mano, a volte non risolvibili.

Complicanze tardive:

- nel caso di interventi di artrodesi, l'**intolleranza al mezzo di sintesi** oppure la **mancata fusione delle ossa** possono richiedere un **reintervento**;
- nel caso di interventi con protesi, sono possibili il **rigetto** o l'**intolleranza alla protesi**, la **lussazione della protesi** (anche dopo poco tempo dall'impianto);
- nel caso di interventi di artroplastica biologica, sono da considerare il **cedimento dell'artroplastica** e il **reintervento**;
- in tutti i casi è possibile che si verifichi la **persistenza del dolore**.

Ogni tecnica chirurgica proposta, presenta percentuali di successo variabili dal 90% al 95%, secondo le varie fonti statistiche, cui corrispondono, ovviamente, percentuali di insuccesso del 5%-10%; questa quota non trascurabile di insuccessi è legata alla variabilità della risposta di ciascun Paziente all'atto chirurgico, all'evoluzione del decorso postoperatorio e dei processi di riparazione tessutale e non dipende da una errata esecuzione dell'intervento chirurgico.