

LA FRATTURA DELLO SCAFOIDE CARPALE

Lo scafoide è una delle 8 piccole ossa del carpo che costituiscono il polso. E' anche l'osso più noto perché è quello che più spesso va incontro a frattura, a causa delle forti sollecitazioni che subisce, soprattutto in estensione forzata del polso, ad esempio in una banale caduta a faccia avanti con le mani istintivamente protese a protezione con polso in iperestensione; ciò avviene con maggior frequenza in persone giovani e sportive.

Sintomatologia

La frattura dello scafoide va sempre sospettata in presenza di dolore, soprattutto localizzato alla base del pollice, esacerbato dalla flessione dorsale del polso e dalla pressione sulla "tabacchiera anatomica".

Il dolore, spesso violento nell'immediatezza del trauma, può ridursi in modo determinante nelle ore successive, tanti che spesso il trauma viene sottovalutato dal paziente, che pensa a una semplice distorsione e non ricorre alle cure mediche.

La diagnosi può venire confermata o esclusa solo mediante la radiografia del polso. Se però la radiografia non evidenzia una frattura, ma la clinica ne fa sospettare la presenza, è opportuno trattare il polso come se la frattura fosse presente, e prevedere un controllo radiografico a una decina di giorni di distanza: una sottile linea di frattura non evidenziata al momento del trauma diventa meglio visibile con il trascorrere dei giorni per i fenomeni di rimaneggiamento dovuti ai processi iniziali della guarigione. In alternativa si può ricorrere a esami più sofisticati, come la RMN o la TAC.

Trattamento

Se si tratta di una frattura composta e stabile, si ricorre alla immobilizzazione in apparecchio gessato brachiopalmare (che cioè comprende anche il gomito) che include il pollice in opposizione (lasciando libera la interfalangea) e il polso in una leggera estensione di 15/20° e inclinazione radiale di 10°, posizione questa che consente un migliore contatto fra i monconi, con avambraccio in posizione intermedia e gomito flesso a 90°. La durata dell'immobilizzazione è di almeno 10 settimane per le fratture dell'istmo dello scafoide, mentre per quelle isolate del tubercolo è di 6 settimane.

La sede della frattura però può influire in modo determinante anche sul risultato, condizionandone la consolidazione. Lo scafoide infatti prende contatto con altre cinque ossa ed è rivestito per l'80% da cartilagine: solo una piccola porzione è fissa e priva di cartilagine articolare, e proprio attraverso questa finestrella entra nell'osso una piccola arteria nutritizia che attraversa lo scafoide per portare sangue fino all'estremo opposto. A ciò si aggiunga che una frattura composta può trasformarsi in una frattura scomposta, soprattutto se l'immobilizzazione non è sufficiente ad annullare le forze meccaniche all'interno del polso.

In caso di frattura scomposta (e in casi selezionati di frattura composta) si ricorre al trattamento chirurgico, che consiste per lo più nella riduzione della frattura seguita dalla osteosintesi, utilizzando una piccola vite che si affonda del tutto nell'osso e che, grazie a due filettature con passo diverso alle sue estremità, esercita una compressione utile a favorire la guarigione dell'osso. In questo caso, ma solo se la vite è ben posizionata, la guarigione è più rapida e sicura, di conseguenza anche l'immobilizzazione è più breve, e minori saranno anche le limitazioni funzionali dovute proprio alla stessa immobilizzazione. Se la frattura è composta la vite può essere applicata con tecnica minivasiva.

Complicazioni

La frattura dello scafoide può evolvere in un ritardo di consolidazione o in una pseudoartrosi (accompagnate o meno a necrosi del polo prossimale) o in una frattura viziosamente consolidata. Queste sono dovute a varie cause: persistenza della scomposizione ossea o di diastasi interframmentaria, diagnosi tardiva di frattura, immobilizzazione inadeguata, scomposizione della frattura, instabilità della frattura, cause vascolari e sede di frattura (per le quali proprio il tipo di vascolarizzazione già descritto espone maggiormente le fratture del polo prossimale al rischio di pseudoartrosi),

Nel caso che la frattura non guarisca, indipendentemente dal tipo di trattamento usato, si può ricorrere a un diverso tipo di intervento chirurgico, utilizzando un innesto osseo, prelevato in genere dal radio in prossimità del polso, o dall'olecrano oppure dalla cresta iliaca.

Se la frattura non guarisce nonostante tutti i tentativi attuati, oppure se consolida ma con una forma alterata, è prevedibile una artrosi precoce del polso, con dolore e limitazione funzionale. Si può in questi casi ricorrere a interventi palliativi (artrodesi, resezione della filiera, stiloidectomia, osteotomia dello scafoide, ecc.) che possono risolvere questi problemi, ma al prezzo di una netta riduzione della funzione del polso.