

LA RIZOARTROSI

L'artrosi è una malattia degenerativa della cartilagine articolare. In un' articolazione sana la cartilagine articolare riveste le epifisi delle ossa consentendo loro di scivolare agevolmente con un attrito fortemente ridotto. Se questo rivestimento si danneggia, il movimento tra le due ossa comporta un maggiore attrito e causa dolore.

Quando l'artrosi si verifica a carico dell'articolazione trapezio-metacarpica, l'articolazione alla base del pollice, si parla di rizoartrosi.

La rizoartrosi è una patologia piuttosto frequente dell'articolazione alla base del pollice , che colpisce più frequentemente le donne degli uomini , in genere dopo i 50 anni, spesso a entrambe le mani.

Sintomatologia

Il sintomo principale è costituito dal dolore che il paziente accusa quando compie semplici movimenti di presa che coinvolgono il pollice (svitare il coperchio di un barattolo, girare la chiave dell'auto, afferrare un oggetto pesante oppure uno molto piccolo, come un ago, un filo, un foglio di carta). Il dolore può essere evocato anche dalla palpazione e dalla pressione diretta sull'articolazione interessata.

Con l'aggravarsi dell'artrosi la riduzione della forza durante i movimenti di presa diventa sempre più accentuata e il dolore insorge anche durante lo svolgimento di attività manuali più leggere.

Altro segno clinico è rappresentato dalla successiva comparsa di una tumefazione alla base del pollice, cui spesso si accompagna un progressivo spostamento della base del pollice all'esterno, verso il margine radiale della mano.

Con il progredire della malattia l'abduzione del pollice si riduce progressivamente, fino a ostacolare la presa di oggetti anche di dimensioni ridotte. Nel tentativo di afferrare oggetti più voluminosi del consentito, l'articolazione metacarpo-falangea va in iperestensione; in conseguenza di ciò si instaura una tipica deformità chiamata pollice a "Z"

Trattamento

Ai primi segni clinici la terapia si limita alla prescrizione di antiinfiammatori per via orale, a salutarie infiltrazioni endoarticolari di farmaci a base di cortisone, e alla limitazione del movimento della base del pollice tramite un tutore costruito su misura con resine modellabili, in modo da tenere il pollice in abduzione-anteposizione-opposizione e consentire lo svolgimento delle attività quotidiane e della maggior parte delle attività lavorative; i tutori reperibili in commercio già pronti mantengono spesso il pollice addotto e allineato alle dita lunghe, con impossibilità all'utilizzo della mano, e possono essere indossati alla notte.

Possono associarsi terapie fisiche (magnetoterapia, tecarterapia, Laser HeNe, ecc)

In fase più avanzata, quando il dolore diventa importante e non trattabile con le terapie mediche e fisiche, si può ricorrere all'intervento chirurgico, in genere eseguito in anestesia di plesso.

La scelta del tipo di intervento è condizionata da molteplici fattori: primo in ordine cronologico è la valutazione delle articolazioni coinvolte. Con un esame radiografico si valuta se è coinvolta la sola articolazione tra la base del primo metacarpale e il trapezio o se anche le articolazioni tra il trapezio e le ossa ad esso contigue (scafoide, trapezoide, 2° metacarpo).

Se l'artrosi è localizzata alla sola articolazione trapezio-metacarpica, l'intervento può consistere nella rimozione delle superfici articolari del trapezio e del metacarpo e nella loro sostituzione con una *protesi* articolare totale, tecnica ora meno utilizzata per i problemi che possono derivare dall'usura in tempi medio-brevi; oppure nell'interposizione di uno spaziatore in materiale biocompatibile. L'*artrodesi* , cioè la fusione di trapezio e metacarpo in un unico osso, costituisce una soluzione preferibile per pazienti dediti ad attività lavorative particolarmente pesanti. Ha il vantaggio di eliminare il dolore senza perdita di forza o di stabilità, al prezzo di una limitazione del movimento: la fusione delle due ossa mantiene il pollice abdutto, anteposto e opposto (come nel tutore sopra men-

zionato), con impossibilità a infilare la mano in una fessura, a mettere la mano in tasca, a spolverare un piano.

Se invece tutte le articolazioni risultano coinvolte, allora si può asportare l'intero trapezio e ricorrere alla “*artroplastica in sospensione*”, colmando lo spazio rimasto con una bendelletta ricavata dal tendine dell'Abduttore lungo del pollice arrotolato attorno al tendine del Flessore radiale del carpo e utilizzato come stabilizzatore del 1° metacarpo (artroplastica biologica), oppure con uno “spaziatore” sempre costituito da materiale biocompatibile.

Queste tecniche consentono un'escursione piuttosto ampia dei movimenti del pollice a fronte di una minore stabilità e quindi di minore forza.

Come si vede la scelta del tipo di intervento deve essere discussa con il paziente per tener conto anche delle aspettative e delle esigenze specifiche del paziente, che deve essere informato delle possibilità chirurgiche, dei rischi e dei benefici di ciascuna.

Questi interventi richiedono una immobilizzazione di 4-5 settimane e una successiva riabilitazione della durata di circa due mesi.

Complicazioni

Possono essere generiche, cioè quelle comuni a tutti gli interventi chirurgici (legate al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali) e specifiche. Le complicazioni specifiche immediate, cioè durante l'esecuzione dell'intervento, possono essere l'ematoma locale per sanguinamento; lesioni tendinee; lesioni nervose a carico di rami sensitivi (soprattutto il ramo cutaneo del n. radiale) con parestesie, ipoestesia, anestesia; infezione superficiale o profonda con possibile ritardo di guarigione della ferita chirurgica e rischio che debbano essere rimossi i mezzi di sintesi o lo spaziatore, o la protesi; algodistrofia. Le complicazioni specifiche tardive possono consistere nell'intolleranza dei mezzi di sintesi e nella mancata fusione delle due ossa (nel caso dell'artrodesi); nella intolleranza, rigetto, lussazione della protesi (in caso di spaziatore e protesi); cedimento dell'artroplastica. In questi casi può essere necessario ricorrere a un re-intervento. Indipendentemente dal tipo di intervento può persistere il dolore.