

Il trattamento della rizoartrosi

Il trattamento della rizoartrosi può essere ortesico-fisioterapico, infiltrativo e chirurgico.

Per il trattamento chirurgico prediligo l'artroplastica biologica, intervento che dà buoni risultati senza gravi complicanze.

Per rizoartrosi si intende l'artrosi dell'articolazione trapeziometacarpale della mano, di quell'articolazione che costituisce appunto la "radice" (da Rhyzos) del pollice.

Colpisce più frequentemente le donne sopra i 40 anni. Anche il lavoro manuale pesante, professioni dove spesso si usa in modo ripetitivo la pinza fra pollice e indice, pregresse fratture possono favorire l'insorgenza di tale patologia.

Questa articolazione va incontro frequentemente a problemi di instabilità per cause congenite, legate al sesso (le donne sono più colpite) e alla lassità ligamentosa.

La diagnosi viene fatta con la visita specialistica e l'esame radiografico standard. Raramente si deve ricorrere ad esami più approfonditi come TC o RNM.

Il primo step terapeutico, soprattutto nei casi lievi o con scarsi segni di artrosi alle Rx, è di tipo conservativo con ortesi (tutori).

Il paziente deve imparare ad usare la pinza pollice-indice con il metacarpo più abdotto (cioè distanziato rispetto all'indice). Si possono fare sedute fisioterapiche come ultrasuoni e tecarterapia. Più spesso è davvero di grande utilità applicare tutori che mantengano il 1° raggio in abduzione, meglio se fatti su misura da fisioterapisti esperti di tale patologia. Il tutore può essere fatto con polso incluso oppure lasciandolo libero a seconda delle condizioni cliniche e delle esigenze lavorative del paziente.

Si possono associare anche antiinfiammatori e terapie topiche (locali sulla cute) con cerotti medicati.

Con questo supporto il paziente può procrastinare anche di anni l'eventuale intervento chirurgico.

Il secondo step che utilizzo è la terapia infiltrativa articolare, soprattutto nei casi dove l'artrosi non è serrata e lascia ancora uno spazio articolare abbastanza ampio e elastico. Eseguo una prima infiltrazione con un cortisonico e successivamente se ancora necessario utilizzo acido ialuronico (2 infiltrazioni). Anche questo trattamento ha una discreta efficacia.

Nei casi con artrosi più avanzata, instabilità articolare più grave o dolore persistente che limita fortemente le attività quotidiane e lavorative, si ricorre ad un intervento chirurgico, che in genere è risolutivo. Ne esistono molti tipi, studiati e proposti da diversi autori.

Un tipo di intervento possibile è l'artrodesi, cioè la fissazione rigida dell'articolazione con fili o cambre, che toglie sicuramente il dolore ma che ha delle indicazioni solo in casi selezionati.

Altri interventi sono l'impianto di spaziatori articolari o protesi articolari, che tuttavia non sono esenti da complicazioni come la lussazione o mobilizzazione, possibili reazioni allergiche al silicone o ai materiali utilizzati.

Gli interventi di gran lunga più utilizzati al momento sono le artroplastiche biologiche, cioè interventi in cui si esegue l'asportazione più o meno completa del trapezio (l'osso alla base dell'articolazione) associata alla interposizione di tessuto tendineo (biologico appunto) autologo (del paziente stesso), prelevato da una regione anatomica adiacente. Esistono molte varianti di questo tipo di intervento, oggi preferito perché non prevede l'impianto di materiali estranei, presenta buoni risultati anche a lungo termine, e hanno costi contenuti.

Personalmente eseguo l'artroplastica in sospensione secondo la tecnica di Ceruso, intervento derivato dalla metodica descritta da Weilby che utilizza una parte del tendine dell'abdotto lungo del 1° dito come tessuto per l'interposizione e per la ligamentoplastica. Infatti questo tendine va a costituire del tessuto che si interpone e sostiene la base del 1° metacarpo e lo stabilizza in posizione corretta.

Dopo l'intervento applico una stecca gessata per circa 15-20gg, per poi iniziare la rieducazione funzionale. In genere non c'è bisogno di una lunga fisioterapia.

Si deve precisare che dopo questo tipo di intervento il benessere completo si raggiunge solo dopo 2-

3-4 mesi, perché occorre un certo periodo di stabilizzazione del nuovo equilibrio tendineo, ma in genere dopo tale periodo c'è una buona funzione della mano senza dolore.
Le complicanze più frequenti sono il dolore sul flessore radiale del carpo al polso e piccole aderenze sulla cicatrice, ma con una buona fisioterapia sono in genere superabili.