

ORTOPEDIA NEWS

Direttore Scientifico - L. Romanini
Comitato di Redazione - O. Moreschini, A. Formica,
P. Mura, R. Preite, M. Colloidi
Direttore Responsabile - A. Salvati
Segreteria di Redazione - L.M. Saini
Ufficio Pubblicità - P. Arcangeli
Autorizzazione Tribunale di Roma - n° 181 del 4/4/1995
Direzione, Redazione, Amministrazione:
CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI
Via L. Spallanzani, 11 - 00161 Roma
Tel. 06. 8412673 r.a. - Fax 06. 44242033 - Telex 622099 CIC I
Ufficio di Milano: C.so di Porta Romana, 121/a - 20122 Milano
Tel. 02. 55187057 - Fax 02. 55187061
Stampa - Litograf s.r.l. - Zona Ind.le Ponte Rio - Todi (PG)
Finito di stampare: 5/11/97

È vietata la riproduzione parziale o totale di quanto pubblicato con qualsiasi mezzo senza l'autorizzazione scritta dell'Editore. Prezzo a copia L. 500 - LIVA, condensata nel prezzo di vendita, è assolta dall'editore ai sensi dell'Art. 74, primo comma, lettera c), DPR 633/72 e DM 29/12/89.

Il periodico viene inviato in omaggio anche ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

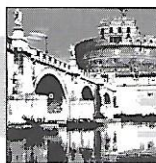


IN QUESTO NUMERO

82° CONGRESSO NAZIONALE SIOT

Sommario a pag. 55

82° CONGRESSO NAZIONALE SIOT
Roma, 9-12 novembre 1997



SI DISCUOTONO ARGOMENTI DI GRANDE ATTUALITÀ

F. De Angelis Ricciotti, E. Ippolito

Presidenti del Congresso

Due anni or sono quando rispettivamente proponemmo i due temi dell'82° Congresso SIOT ci eravamo prefissi l'obiettivo di analizzare e discutere due argomenti di viva attualità e che nel contempo non fossero mai stati toccati, come tali, nei nostri Congressi.

Per quanto riguarda il primo tema, *Le fratture nei segmenti ossei protesizzati*, la proposta venne fatta perché tale tipo di lesione, pur se relativamente rara, è di estrema importanza per le problematiche terapeutiche che pone.

È noto che la protesizzazione dell'anca è al primo posto fra tutte le protesizzazioni.

Le fratture che su di essa intervengono si verificano nell'1-4% delle anche protesizzate.

Esse però rappresentano la seconda causa più frequente di reintervento dopo la mobilizzazione asettica ma prima delle infezioni e delle lussazioni, secondo una recentissima statistica della Mayo Clinic.

Comunque nell'anca, ancor più che negli altri segmenti protesizzati, la frattura è quasi sempre un evento drammatico per la potenzialità negativa che essa esercita sulla stabi-



F. De Angelis Ricciotti



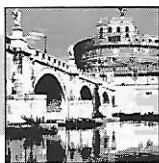
E. Ippolito

lità articolare.

In sede congressuale sono previsti interventi riguardanti problemi classificativi, epidemiologici, biomeccanici, analisi delle fratture intervenute sia intraoperatoriamente che a distanza e possibilità terapeutiche. Il trattamento è molto spesso problematico per la presenza di una mobilizzazione della protesi o per una grave perdita di bone stock.

Accanto alle lesioni traumatiche dell'anca vengono prese in considerazione, parimenti, le fratture di altri segmenti scheletrici protesizzati. Così quelle del femore, della tibia e

ORTOPEDIA NEWS



LE LESIONI TRAUMATICHE DEL POLSO

G. Cannata, F. De Maio

Roma



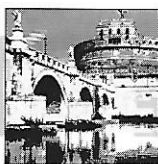
G. Cannata

Il polso è la sede più frequente di lesioni traumatiche dei complessi di accrescimento epifiso-metafisari; tuttavia, a causa del trattamento in genere incruento e della prognosi ritenuta sostanzialmente favorevole, gli studi casistici sugli esiti a lungo termine sono limitati ed i criteri per una valutazione aprioristica dell'interessamento qualitativo e quantitativo di queste formazioni anatomiche permangono incerti.

Allo scopo di valutare l'incidenza effettiva degli esiti a lungo termine con particolare riguardo all'accrescimento osseo, ricercando retrospettivamente eventuali elementi prognostici identificabili già all'atto della diagnosi o al termine del trattamento, sono state sottoposte a revisione le cartelle di 160 lesioni traumatiche dei complessi di accrescimento epifiso-metafisari del polso pervenute all'osservazione dal 1950 al 1984. Nella maggior parte dei casi si trattava di distacchi dell'epifisi distale del radio apparentemente isolati; frequenti anche i distacchi dell'epifisi distale del radio associati a frattura dell'apofisi stiloidale dell'ulna radiograficamente accertabile ed i distacchi dell'epifisi distale del radio associati a frattura della metafisi distale dell'ulna; occasionali altre forme. Le lesioni principali sono state classificate in base all'aspetto radiografico all'epoca del trauma, adottando i criteri proposti da Ogden ad integrazione della più nota classificazione di Salter e Harris. Alcune lesioni rientravano nel quadro di un politraumatismo o erano associate a complicazioni immediate o precoci, talora plurime (esposizione, infezione, disturbi circolatori, compressione nervosa, rigidità). Il trattamento, sempre incruento, era consistito nell'immo-

bilizzazione in apparecchio gessato preceduta o meno da riduzione a seconda dell'entità della scomposizione. La qualità della riduzione risultava correlata con i giorni intercorsi dal trauma, secondo un rapporto di proporzionalità inversa, piuttosto che con l'entità della scomposizione originaria. Talora si era verificata una scomposizione secondaria, più spesso nelle lesioni con pluriframmentazione della metafisi.

Sono stati quindi controllati in età adulta 62 pazienti, per un totale di 64 lesioni: i risultati dei controlli a lungo termine sono stati correlati retrospettivamente con le caratteristiche delle lesioni pregresse. L'esito risulta clinicamente ottimo in oltre il 90% dei casi; tuttavia l'incidenza di complicazioni a lungo termine, segnatamente disturbi dell'accrescimento osseo, non è trascurabile e può essere correlata ad elementi predittivi. La classificazione di Ogden e l'età al trauma costituiscono i fattori prognostici più affidabili; un ruolo determinante è svolto anche dal politraumatismo e dall'esposizione, fattori che comunque risultano correlati con i sottotipi più complessi della classificazione. Verosimilmente la classificazione di Ogden fornisce elementi predittivi maggiori di quella di Salter e Harris in quanto riflette più specificamente il meccanismo traumatico e l'efficacia a breve termine del trattamento, con particolare riguardo alla probabilità di una scomposizione secondaria. Scomposizioni anche gravi possono rimodellarsi perfettamente se il margine di accrescimento residuo è ampio anche se la riduzione è imperfetta, a condizione che le cellule cartilaginee germinative non siano state lese; disturbi minori dell'accrescimento relativo del radio e dell'ulna sono frequenti ma non creano problemi clinici, così come l'evoluzione in pseudoartrosi delle fratture dell'apofisi stiloidale dell'ulna associate alle lesioni principali. Per contro, le lesioni traumatiche della cartilagine di coniugazione distale dell'ulna, sebbene rare, implicano una particolare intensità dell'evento traumatico e di conseguenza presentano un'incidenza elevata di disturbi maggiori dell'accrescimento. In conclusione, ferma restando la prognosi generalmente favorevole delle lesioni traumatiche dei complessi di accrescimento epifiso-metafisari del polso, l'incidenza non trascurabile di esiti a lungo termine sull'accrescimento osseo trova elementi predittivi sostanziali nella classificazione di Ogden, nell'età al trauma, nell'interessamento della cartilagine di coniugazione distale dell'ulna, nel politraumatismo e nell'esposizione, che riflettono le modalità di esplicazione dell'evento lesivo



sulla cartilagine di accrescimento e le potenzialità di recupero. In questa prospettiva devono essere valutati con estrema attenzione i rischi di apportare un trauma ulteriore alla cartilagine di accrescimento danneggiata insiti nelle manovre di riduzione incruenta ripetute o tardive così come nella riduzione cruenta e nell'osteosintesi, per evitare che a fronte di un beneficio terapeutico incerto queste modalità di trattamento possano venire imputate di un danno iatrogeno in lesioni già compro-

messe intrinsecamente. Nell'eventualità si instaurino, i disturbi dell'accrescimento che comportano un disallineamento radio-ulnare sintomatico rimangono suscettibili di una correzione chirurgica in seconda istanza; va comunque sottolineato che in età adulta anche le alterazioni radiografiche più accentuate non precludono necessariamente una funzionalità compatibile con l'attività quotidiana.

LE LESIONI TRAUMATICHE DELLO SCHELETRO DELLA MANO

U. Passaretti

Napoli

Nell'infanzia sono frequenti le lesioni traumatiche dello scheletro della mano con localizzazione per lo più a livello delle falangi e dei metacarpi, mentre più rare risultano le localizzazioni al carpo. Le fratture possono interessare le diafisi o le epifisi e possono determinarsi dopo un trauma diretto o indiretto: in genere le forze lesive che agiscono direttamente sono più frequentemente quelle compressive mentre quelle che agiscono indirettamente sono le forze di torsione-rotazione. Le fratture diafisarie possono essere complete od incomplete (a legno verde) e composte o scomposte.

Lo studio intrapreso è basato sull'analisi delle lesioni da noi trattate nel periodo dal 1976 al 1996 e sulla valutazione dei risultati ottenuti a termine di accrescimento. Sono stati esaminati 120 casi di fratture dello scheletro della mano: più frequenti sono apparse le lesioni delle falangi (95 casi pari a circa il 78%), seguite dalle lesioni dei metacarpi (22 casi pari al 20%), con un picco di età per le prime intorno ai 3-6 anni, per le seconde intorno agli 11-14 anni. Più rare sono le fratture delle ossa del carpo (due fratture di scafoide ed una di piramidale).

Le fratture delle falangi sono localizzate nella maggior parte dei casi in corrispondenza del I e del V dito ed il meccanismo lesivo che generalmente viene chiamato in causa è un'abduzione forzata. In queste lesioni si ha più spesso un distacco epifisario del tipo II di Salter, che è stato trattato mediante riduzione incruenta e stabilizzazione con stecca di Zimmer per 4 settimane, utilizzando nei casi in cui era interessato il V dito la sindattilizzazione con il dito adiacente. Nel I dito è sempre interessata la F1 mentre nel V dito la lesione può

interessare sia la F1 che la F2. Le fratture delle falangi dei raggi centrali avvengono per lo più dopo un trauma in torsione e sono prevalentemente fratture diafisarie con rima trasversale obliqua o a spirale. Le fratture instabili, in genere quelle oblique o a spirale, richiedono un trattamento cruento mediante riduzione ed osteosintesi con fili di Kirschner, mentre quelle a rima trasversale sono quelle che tendono a consolidare più lentamente (5-7 settimane).

Le lesioni delle falangi distali sono frequenti nella nostra casistica ed il loro trattamento è direttamente proporzionale all'entità del danno ungueale in quanto un trattamento mal condotto può determinare gravi conseguenze funzionali ed estetiche.

Le fratture dei metacarpi sono nella maggior parte dei casi diafisarie, e per la presenza di uno spesso manicotto periostale e per l'elasticità del tessuto osseo sono spesso del tipo "a legno verde", non presentando pertanto nessun problema terapeutico. Nelle fratture scomposte con un'angolazione superiore a 20° per il II ed III metacarpo e superiore a 30° per il IV ed il V metacarpo, secondo il piano sagittale, è necessaria sempre una corretta riduzione per evitare deformità in flessione dell'IFP. Quando è presente rotazione dei frammenti deve essere sempre corretta chirurgicamente per evitare l'accavallamento delle dita durante la flessione. A livello metacarpale rari sono i distacchi epifisari.

Il trattamento incruento consiste, nella maggior parte dei casi, in immobilizzazione in apparecchio gessato antibrachio-metacarpale con stecca di Zimmer per il raggio interessato, portato per circa 3 settimane.

Le fratture del carpo sono più rare ed interessano generalmente lo scafoide.