

Fratture dello scafoide carpale: trattamento incruento

M. D'Arienzo, A. Acanfora, S. Pfanner.

Il trattamento conservativo è stato il metodo più frequentemente impiegato nel trattamento delle fratture di scafoide fino a 20 anni fa.

In tempi più recenti la suddivisione delle fratture in stabili e instabili ne ha modificato radicalmente l'approccio terapeutico. In particolare riteniamo necessario valutare la presenza di un difetto di allineamento o di una diastasi fra i frammenti e la valutazione dei valori angolari degli angoli scafo-lunato e luno-capitato in base ai quali le fratture di scafoide si suddividono in stabili, instabili e potenzialmente instabili (D'Arienzo et Al) (Tab 1).

INDICAZIONI E TECNICA

La terapia incruenta che rappresenta il trattamento elettivo nelle fratture stabili, non è mai indicata in quelle instabili.

La tecnica di immobilizzazione in apparecchio gessato prevede l'inclusione del pollice fino all'interfalangea con l'avambraccio atteggiato in prono-supinazione intermedia ed in lieve inclinazione radiale (Fig 1). Secondo alcuni AA (Amadio, Herbert) è opportuno che il polso venga atteggiato in leggera flessione.

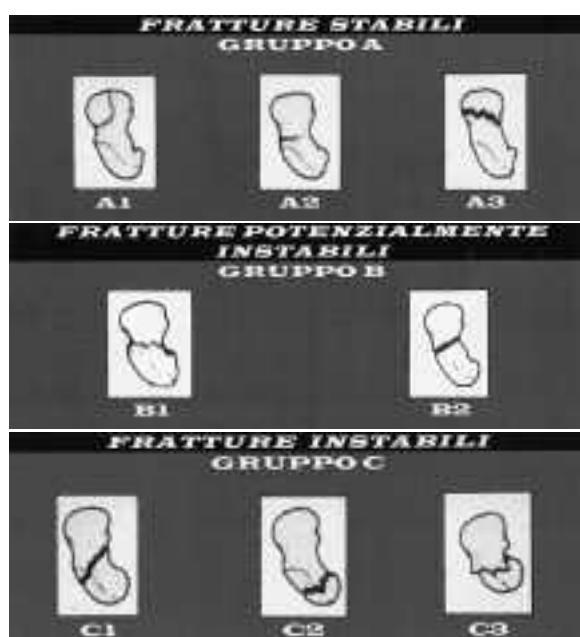


Tabella 1.

GRUPPO A: fratture della tuberosità (A1), fratture incomplete (A2), fratture oblique orizzontali del terzo distale (A3).

GRUPPO B: fratture oblique orizzontali del terzo medio (B1), fratture complete del corpo (B2).

GRUPPO C: fratture oblique verticali (C1), fratture del terzo prossimale (C2), fratture lussazioni trans-scafo-perilunari (C3).

Nelle fratture del gruppo A il gomito viene lasciato libero e la durata dell'immobilizzazione varia da 30 a 45 giorni.

Nella nostra esperienza l'impiego di questa tecnica dà risultati soddisfacenti nel 94%. (Fig. 2)

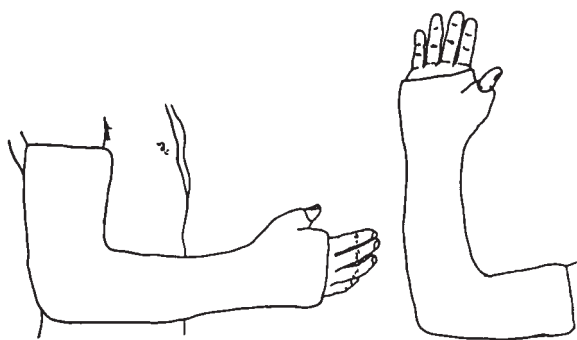


Fig. 1: L'apparecchio gessato prevede l'inclusione del pollice fino all'interfalangea, con avambraccio atteggiato in pronosupinazione intermedia e lieve inclinazione radiale.



Fig. 2: Uomo di 52 anni con frattura di scafoide tipo A2, trattato con guanto gessato per 40 giorni (A). Il risultato alla fine del trattamento (B).

Nelle fratture del gruppo B il trattamento incruento può ancora essere utilizzato; l'immobilizzazione deve includere anche il

gomito ad angolo retto e l'avambraccio deve essere posizionato in pronosupinazione intermedia (Gui, Boehler). Questa immobilizzazione viene mantenuta per 2 mesi; si rimuove quindi il gesso e si esegue un controllo radiografico. Se la frattura è consolidata il paziente inizia la fisiochinesiterapia, altrimenti si applica un guanto gessato sempre con pollice incluso per almeno 30 giorni e comunque fino a consolidazione avvenuta.

Nella nostra esperienza i risultati soddisfacenti ottenuti con questa metodica possono essere valutati nell'ordine del 79%. (Fig. 3)



Fig. 3: Uomo di 36 anni con frattura obliqua orizzontale, tipo B1, trattato con apparecchio gessato alto per 60 giorni e guanto gessato per altri 30 (A). Il risultato alla rimozione del guanto gessato (B).

Nelle fratture da noi classificate come C1 il trattamento incruento ha dato nella nostra

casistica risultati soddisfacenti solo nel 35%. Negli altri due gruppi, C2 e C3, la percentuale di risultati soddisfacenti scende al di sotto del 25%.

CONCLUSIONI

Il trattamento incruento è indicato nelle fratture recenti da noi definite stabili (tutte le fratture del gruppo A).

Esso può pure essere indicato nelle fratture del gruppo B (fratture potenzialmente instabili); occorre però ricordare che il periodo di immobilizzazione è molto lungo e pertanto in soggetti selezionati (sportivi, etc.) al fine di una precoce mobilizzazione della mano ed una più rapida ripresa fun-

zionale il trattamento chirurgico risulta più appropriato.

BIBLIOGRAFIA

- AMADIO P.C., TALEISNIK J.: Fractures of the Carpal Bones, in Green "Operative Hand Surgery", Cap 21, New York.
- BOEHLER L.: Fratture dello Scafoide, in "Tecnica del Trattamento delle Fratture", p. 1019, Milano, Ed. Vallardi, 1955.
- D'ARIENZO M., ACANFORA A., MARTINO P., PFANNER S.: Practical apply of a new classification in the treatment of the fractures of scaphoid, 6th Congress of IFSSH, Helsinki, Ed. Monduzzi, 1995.
- GUI L.: Fratture e Lussazioni, Vol 3, Cap XI, Ed Aulo Gaggi, 1977
- HERBERT T.J.: Scaphoid fracture and Carpal Instability, Proc. R. Soc. Med., 67: 1080, 1974.