Pollice a Z iatrogeno e post traumatico: nostra esperienza

G. Savino

Casi di cura riunite, Foggia

DEFINIZIONE ED EZIOLOGIA

- Anomalia caratterizzata da iperflessione della metacarpo falangea ed iperestensione della interfalangea
- varia eziogenesi:
 - reumatoide
 - stadi terminali della rizartriosi
- iatrogena da chirurgia del pollice a scatto congenito
- post-traumatico da lesione capsulare della MTC-F sul piano sagittale

2 CASI CLINICI

A DIVERSA EZIOLOGIA:

- iatrogena
- post-traumatica

IATROGENA

Paziente di 22 anni di sesso femminile:

- operata la prima volta a 8 anni di pollice a scatto congenito esitava il fenomeno della corda d'arco
- rioperata dopo 8 anni di tenolisi non si correggeva la deformità che evolveva verso un pollice a zeta

Clinica

La paziente lamentava deficit funzionale del pollice importante, specie nella presa di pinza.

Quale scelta chirurgica

L'articolazione MTC-F appariva parzialmente correggibile manualmente.

Si decide per un rinforzo capsulare dorsale della MTC-F, evitando soluzioni chirurgiche più aggressive con tenotomie degli estensori.

Data la giovane età della paziente si opta per un'incisione curvilinea dorsale al primo spazio per meglio evidenziare l'apparato estensore del pollice.

Si mobilizza l'estensore lungo del pollice, si scollano sui due lati le inserzioni dei muscoli intrinseci sul tendine, per meglio evidenziare l'estensore breve sottostante, alla sua inserzione alla base della F1.

Si inserisce quindi una pinza emostatica curva al di sotto dell'estremo distale dell'estensore breve, a testare la correggibilità della iperflessione della MTC-F, ottenendo a un tempo la detensione dell'estensore lungo.

A questo punto si praticano 2 incisioni sagittali contrapposte sulla capsula articolare della MTC-F, ai lati dell'ELP.

I due lembi vengono quindi suturati al tendine estensore breve, nel suo tratto terminale. La fase seguente è rappresentata dalla reinserzione dei muscoli intrinseci sull'estensore breve e sulla capsula articolare, ottenendo una piena correzione della iperflessione articolare.

Le suture utilizzate sono di clinisorb riassorbibile a 3/0.

L'operazione ha permesso inoltre di detenere in modo significativo il tendine estensore lungo, riducendo al contempo l'impronta cutanea della corda d'arco volare.

Si praticano a completamento due incisioni trasverse contrapposte marginali a Z sull'ELP a garantirne una minore tensione.

A fine intervento si ottiene una buona riduzione di entrambe le articolazioni anche ai test funzionali.

L'immobilizzazione nei primi giorni è garantita da una fasciatura molle con imbottitura volare e cerottaggio funzionale di contenimento dorsale.

Già a pochi giorni dall'intervento si constata il buon allineamento della MTC-F e della IF.

Traumatica

Trattamento chirurgico più semplice.

Rinforzo capsulare a cappotto sulla linea sagittale inglobante l'EBP danneggiato.

I tempi post-chirurgici sono gli stessi.

Alla rimozione della fasciatura a 3-4 settimane, si applica tutore semirigido per il pollice per 2-3 settimane per entrambi i casi, incoraggiando una mobilizzazione attiva graduale ed esercizi di opposizione.

Risultati a 1 anno

In entrambi i casi si è constatato il notevole gradimento dei pazienti per il miglioramento dell'estetica e della funzione, specie nel primo caso, e per il miglioramento della presa nel secondo.

CONCLUSIONI

I due casi presentati ci paiono significativi per una valutazione terapeutica di una tecnica chirurgica non sempre facile e scevra da recidive.

Il follow-up di un anno al momento ci conforta nel risultato positivo e ci spinge a ricercare, specie in soggetti giovani, tecniche non aggressive, comunque emendabili.