

Sui principi della Fissazione Esterna associata alla Sintesi Interna nelle fratture del radio distale: nostra esperienza su 31 casi

Grippi G.M - SOC Ortopedia - Osp.S.Lazzaro di Alba – ASL CN2 del Piemonte

SCOPO - Target del trattamento delle fratture del radio distale (RD) è “la migliore riduzione ed il precoce ripristino funzionale”. Fra le procedure impiegate, la Fissazione Esterna Assiale (FEA) è ritenuta di scelta nelle fratture instabili, come le C2 -C3 della classificazione AO. (Fig. 1)

MATERIALI E METODI - Dal 1995 al 2009 abbiamo trattato con FEA, 104 casi di fratture instabili.

Fra i vantaggi: maggiore confort, eliminazione della costrizione del gesso, precoce recupero funzionale, migliore gestione delle esposizioni e lesioni associate.

Fra gli svantaggi: maggiore impegno e lunga curva di apprendimento, aumentato rischio di lesioni iatrogene, gestione post-operatoria più sollecita.

Equivoci superati: che il FEA si possa ben posizionare senza pre-allineamento in trazione, che consenta la mobilizzazione precoce, che si possa angolare come un gesso, che basti da solo a mantenere la riduzione, che debba essere mantenuto fino alla consolidazione.

Oggi riteniamo che, il FEA dovrebbe essere applicato sull'arto già in trazione mediante ligamento-taxis; che sia illusoria la ricerca di una posizione che consenta la mobilizzazione precoce; che sia pericoloso il mantenimento del FEA in trazione e/o in angolazione, senza la stabilizzazione intrinseca della frattura.

Infatti, dietro il cattivo utilizzo del FEA si nasconde la peggiore complicanza; ossia: l'**algodistrofia**. (Fig. 2) Pertanto, in accordo con la letteratura recente, **nelle fratture del RD crediamo che l'utilizzo del FEA debba essere estremamente oculato e soltanto in funzione tecnico-operativa di supporto alla riduzione**. Viceversa, **per il miglior risultato, la sintesi della frattura dovrebbe essere affidata a mezzi intrinseci (fili di K., viti libere, placche normali o a stabilità angolare etc.)**.

Da cui il nostro attuale protocollo:

- 1)- Applicazione FEA con arto in trazione e in posizione funzionale.
- 2)- Se riduzione accettabile: sintesi percutanea (fili, viti etc.).
- 3)- Se riduzione non accettabile: ev. riduzione artroscopica e sintesi percutanea o riduzione aperta e sintesi con placche, fili, viti etc.
- 4)- Dopo la sintesi, neutralizzazione tensione sul FEA.
- 5)- In 3^a settimana, rimozione FEA e inizio FKT.

E' importante considerare che nella sintesi a cielo aperto il FEA è il “miglior aiuto operatore” poichè consente di lavorare sui frammenti, come in un pezzo anatomico isolato. (Fig. 3)

La nostra via preferenziale d'accesso chirurgico è volare, curvilinea ad S italiana per avere ampio spazio di manovra e neutralizzare la retrazione cicatriziale. Il FEA viene applicato dorsalmente, angolato di 45° sul piano interosseo, in modo da non disturbare l'operatore e facilitare l'osteosintesi. (Fig. 4)

RISULTATI: Valutati sec. la scala funzionale di Green-O'Brien modif. su un campione di 31 pazienti (4 ♂ e 6 ♀) tutti trattati con FEA + placca volare da ottobre 2002 al dicembre 2009 (follow – up medio) 18,8 ms. sono stati: Ottimo-Buono 22 (71 %), Discreto 6 (20%), Discreto-Scadente 3 (9 %).

Vedi iconografia esemplificativa in due casi. (Fig. 5)

CONCLUSIONI: Nelle fratture del RD (tipo C2 – C3 Class. AO; III – IV tipo Class. Univ.; V-VI-VII-VIII Class. Frykman; etc.) l'associazione FEA + sintesi interna sec. Il suddetto protocollo si è dimostrata procedura valida ed ottimale.

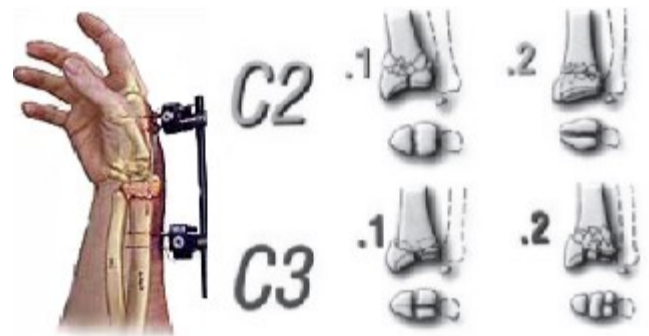


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

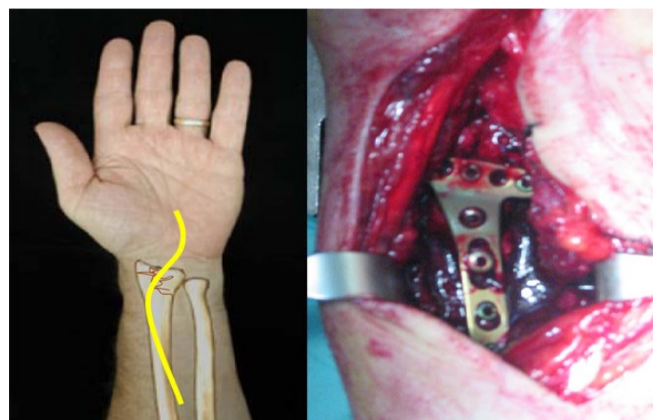


Fig. 4

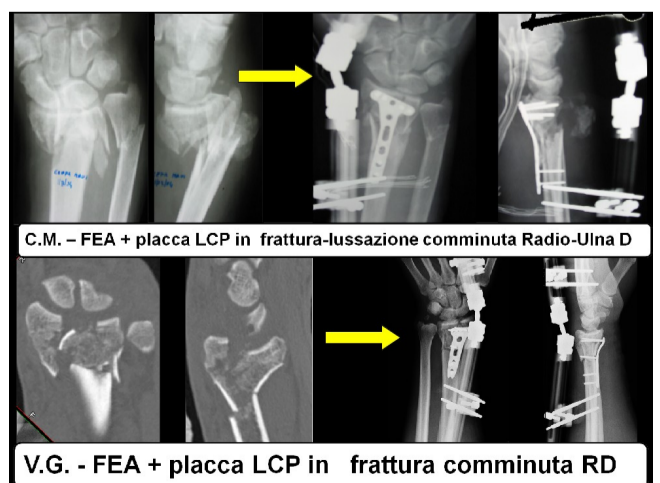


Fig. 5

C.M. - FEA + placca LCP in frattura-lussazione comminuta Radio-Ulna D

V.G. - FEA + placca LCP in frattura comminuta RD