

Rubrica a cura del Dottor Massimo Massarella

Chirurgia mano-polso presso la Casa di Cura "Villa Stuart" di Roma



LA FRATTURA DELLO SCAFOIDE

Hayden, Stoner, Salom... Sono sufficienti questi pochi nomi di piloti motociclisti professionisti a capire quanto sia frequente e invalidante la frattura dello scafoide carpale. Lo scafoide è un piccolo osso che fa parte di quell'insieme di ossa interposte tra il radio e l'ulna prossimalmente e distalmente le ossa metacarpi. Lo scafoide è posto nella colonna del primo raggio della mano: facendo quindi una semplice considerazione dei movimenti fattibili con questo arto, con il polso nell'atto della presa oppure di tenersi in caso di caduta accidentale, la mano viene spesso atteggiata in estensione con il risultato di esporre facilmente lo scafoide a facili traumi. La particolarità di quest'osso sta nel fatto che dal punto di vista anatomico presenta una vascolarizzazione precaria, formata da una sola piccola arteria che ne limita la capacità di guarigione in caso di frattura, specie nella parte dell'osso più vicina al radio detto polo prossimale. Le fratture dello scafoide si classificano in base alla sede: terzo prossimale, corpo, terzo distale e tubercolo scafoideo. La linea di frattura può essere trasversale, obliqua o verticale, possono essere stabili o instabili e associarsi a lesioni dei legamenti carpi che connettono lo scafoide alle altre ossa vicine. Biomeccanica della frattura: essendo traumi ad alta energia colpiscono il

pilota quando cade dalla moto o riceve un colpo violento e cerca di atteggiare le mani e polsi in senso di difesa (quindi in estensione). In quel momento lo scafoide viene compresso tra radio e trapezio subendo le sollecitazioni di carico assoluto portandolo così alla frattura. Più il trauma è violento, quindi ad alta

una radiografia standard mentre in altri casi è necessaria una Tac con ricostruzione 3D dello scafoide. Trattamenti: nelle fratture semplici composte si ricorre ad una ingessatura o ad un tutore per un periodo di circa 40 giorni. Nelle fratture più complesse si attua un trattamento chirurgico di riduzione della frattura con vite, una tecnica mini invasiva percutanea che personalmente preferisco, laddove non è possibile l'intervento classico con chirurgia open e sintesi con vite. Mobilizzazione con tutore per pochi giorni se la sintesi è stabile. Riabilitazione e ritorno allo sport: chiaramente se la frattura consolida nei 35-40 giorni successivi al trauma si possono iniziare ad eseguire esercizi riabilitativi di stretching capsulare al polso, di presa pinza bidigitale e a mano chiusa. Il recupero della estensione del polso è molto importante perché il più delle volte questo è il deficit che può permanere nel tempo limitando i movimenti. È molto importante anche il recupero della flessione e supinazione del polso. Se la guarigione dell'osso non dovesse avvenire correttamente potrebbe essere necessario un ulteriore intervento con innesto osseo e una nuova sintesi. In definitiva, se la guarigione procede regolarmente, il ritorno alle attività sportive è quantificato in circa tre mesi dal momento del trauma. **MM**



energia, maggiore sarà l'impatto sull'osso. Sintomatologia: nelle fratture composte dello scafoide il pilota avverte senso di "fastidio" con modico dolore ai movimenti del pollice e del polso. Nei traumi con scomposizione dei frammenti i sintomi sono vivo dolore in sede di scafoide (sotto il 1° metacarpo, cioè nella tabacchiera anatomica), ematoma, edema e impotenza funzionale. Diagnosi: l'esame clinico è importante! Alcune volte è sufficiente

