

PROSPETTO INFORMATIVO SULL'INTERVENTO PER

Rizoartrosi

Questa scheda informativa è stata progettata come supplemento alla sua prima consultazione, per cercare di rispondere a tutte le domande che può porsi se prevede di sottoporsi ad un intervento per la rizoartrosi del pollice. Lo scopo di questo documento è di fornire tutte le informazioni necessarie ed essenziali per consentirle di prendere la sua decisione nella completa conoscenza dei fatti. Si consiglia pertanto di leggerlo con massima attenzione.

La rizoartrosi corrisponde **all'osteoartrosi** della base del pollice, alla progressiva distruzione delle cartilagini dell'articolazione tra il trapezio e il primo metacarpo. Questa osteoartrite può anche influenzare altre articolazioni attorno al trapezio. È molto comune, colpisce soprattutto le donne e il più delle volte inizia intorno ai 50 anni.

Può essere molto ben tollerata nonostante l'importanza dei segni radiologici e la deformità del pollice, o diventare molto fastidiosa nella vita quotidiana con conseguente dolore, mobilità limitata della base del pollice e riduzione della forza di serraggio della mano.

I **fattori predisponenti** per sono numerosi: degenerativi come per tutte le artriti, meccanica (movimenti ripetuti del pollice), ereditaria e familiare e a volte post traumatica.

Man mano che si **evolve** lentamente nel corso degli anni, la rizoartrosi provoca un irrigidimento graduale del pollice che rende difficile la presa dei oggetti di grandi dimensioni, perdita di forza e talvolta una sgradevole deformazione chiamata "pollice a Z". La malattia può anche causare una deformazione dell'articolazione metacarpo-falangea del pollice che può perdere la sua flessione e talvolta deformarsi.

Il **trattamento** , inizialmente, è medico con trattamenti analgesici e farmaci anti-infiammatori, farmaci anti-artrite, a volte infiltrazioni dell'articolazione e, soprattutto, l'immobilizzazione con una **stecca a riposo** (ortesi). Questa ortesi è il più delle volte indossata di notte temporaneamente o permanentemente.

L' **intervento chirurgico** è considerato dopo il fallimento del trattamento medico:

- La sezione dei tendini soprannumerari alla base del pollice non tratta l'artrosi e non influenza la sua evoluzione. Può avere un effetto benefico sul dolore nelle forme iniziali.
- Alcuni propongono, in forme più avanzate, l'inserimento di una protesi articolare in plastica o metallo, dopo la rimozione del trapezio.
- Altri preferiscono rimuovere il trapezio e stabilizzare il pollice con un tendine vicino.
- In alcuni casi specifici, si può proporre di bloccare l'articolazione (artrodesi).

Spesso sono eseguiti in anestesia loco-regionale ed in regime ambulatoriale o di day hospital perché questi interventi sono spesso dolorosi. Tutti questi interventi richiedono l'**immobilizzazione** più o meno breve (da 15 giorni a 6 settimane, in media 3 settimane). Gli interventi che sostituiscono il trapezio hanno un recupero spesso lungo. Queste procedure non ripristinano mai un pollice normale e non permettono di recuperare la forza di serraggio della mano, nonostante la riabilitazione spesso lunga.

Alcune **complicazioni** sono sempre possibili:

- L' **infezione** locale è rara. A volte è necessario assumere antibiotici per evitarla. In caso di infezione può essere necessario un nuovo intervento.
- Una mano gonfia, dolorosa, con sudorazione e rigidità è preoccupante (**algodistrofia**). L'evoluzione si sta prolungando in questo caso per diversi mesi o anni. Le sequele sono possibili (dolore residuo, una certa rigidità delle dita e / o del polso, a volte anche della spalla).
- **Formicolio** , intorpidimento del pollice è possibile attraverso l'irritazione dei piccoli nervi del pollice (rami sensitivi del nervo radiale). Di solito scompaiono in pochi giorni a settimane, ma possono anche persistere. La sezione di un nervo è eccezionale.
- Le protesi articolari sono realizzate con materiali che si usurano con il tempo. Questa **usura** è più o meno rapida a seconda della sua attività. Le protesi in metallo sono spesso fissate con cemento che si può staccare dall'osso nel tempo (allentamento della protesi). L'usura o l' **allentamento** può portare al reintervento.

Il chirurgo è nella posizione migliore per rispondere a qualsiasi domanda tu possa avere prima e dopo l'intervento. Non esitate di parlargli di nuovo prima di prendere la vostra decisione.

Queste sono le informazioni che vogliamo offrirle in aggiunta alla consultazione. Le consigliamo di conservare questo documento, di rileggerlo dopo la consultazione e di pensarci "con la testa riposata". Questa riflessione può sollevarle nuove domande, per le quali si aspetterà informazioni complementari. Sono a vostra disposizione per parlarne durante una futura consultazione, o per telefono o anche il giorno dell'intervento in cui noi ci incontreremo di nuovo, comunque, prima dell'anestesia

DOTT.SSA LAURA CURIC