

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTROSE TRAPEZIOMETACÁRPIA

CONCEIÇÃO AZEDA, M^a MANUEL MENDES, M^a MANUEL MOUZINHO
Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva. Hospital de São José. Lisboa

RESUMO

Os autores descrevem a sua experiência num período de 18 meses (desde Julho de 1995 a Dezembro de 1996) na avaliação e tratamento de doentes portadores de artrose trapeziometacárpica. A classificação de Dell é utilizada para o seu estadiamento. As duas técnicas cirúrgicas usadas: 1) tenotomia distal das inserções supranumerárias do longo abductor do polegar e 2) trapezectomia com artroplastia de interposição tendinosa e ligamentoplastia usando o tendão do grande palmar, são comparadas nos seus resultados.

SUMMARY

Assessment of the Surgical Treatment of Trapeziometacarpal Degenerative Disease

The authors describe their experience, from July 1995 to December 1996, in the management of patients suffering from trapeziometacarpal degenerative arthrosis. Dell's classification is used for disease staging. The results of two different techniques are compared: 1) distal tenotomy of supranumerary insertions of abductor pollicis longus; and 2) trapeziectomy with tendon interposition arthroplasty and ligamentoplasty using the flexor carpi radialis.

INTRODUÇÃO

Geralmente definida como uma osteoartrite trapézio-metacárpica do polegar, a rizartrose é mais frequentemente uma artrite peritrapeziana.

Afecta predominantemente indivíduos do sexo feminino, entre os 50 e os 65 anos, que desenvolvem trabalho manual repetitivo; nestas circunstâncias, a doença é frequentemente bilateral, sendo muitas vezes a mão dominante mais precoce e gravemente atingida. A incidência familiar tem sido referida na literatura. Existem também formas de etiologia post-traumática, normalmente unilaterais, que atingem populações mais jovens.

Clinicamente, os sintomas major são a dor, a deformação e a impotência funcional.

A sintomatologia dolorosa é geralmente descrita como localizada à eminência tenar, com irradiação distal, frequentemente diminuindo com a progressão da doença e da deformação.

A deformação é caracterizada pela adução do 1º meta-

carpo, anteposição do polegar e hiperextensão da metacarpo-falângica.

A impotência funcional, aferida pela restrição da oposição e contra-oposição, resulta do desequilíbrio decorrente dos dois primeiros sintomas.

Os estudos radiológicos incluem as incidências antero-posterior com o polegar em posição indiferente, em retroposição e anteposição e de perfil. Os achados radiológicos mais característicos são diminuição da interlinha articular, osteofitose, subluxação do 1º metacarpo e diminuição da altura do trapézio.

MATERIAL E MÉTODOS

No período de 18 meses considerado neste estudo, foram submetidas a intervenção cirúrgica nove mãos em oito doentes, todas do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 35 e os 70 anos, sendo a média de idades 53,6 anos. Das oito doentes estudadas, quatro apresentavam doença bilateral; nos restantes casos, uni-

laterais, duas registavam envolvimento da mão direita e outras duas da mão esquerda. A mão dominante foi a direita em sete doentes.

A etiologia secundária a traumatismo local major foi encontrada num único caso, sendo nos restantes idiopática.

As patologias associadas registadas foram o síndrome do túnel cárpico em seis casos e a tendinite do grande palmar em um. A presença de artrose interfalângica simultânea não foi encontrada na nossa série, embora descrita por outros autores.

As doentes foram classificadas de acordo com os critérios propostos por Dell, que define quatro estadios para a doença, baseados nos achados radiológicos:

Estadio I - presença de condensação do osso subcondral ou existência de discreto estreitamento da interlinha articular.

Estadio II - estreitamento da interlinha articular com condensação do osso subcondral e pequeno osteófito no lado cubital do trapézio; subluxação da base do 1º metacarpo inferior a 1/3 da sua largura.

Estadio III - presentes as características anteriores,

sendo a subluxação da base do 1º metacarpo superior a 1/3 da sua largura.

Estadio IV - perda completa do contorno articular; artrose peritrapeziana frequentemente presente.

De acordo com estes critérios, obtivemos a seguinte distribuição: Estadio I- uma doente; Estadio II- quatro doentes; Estadio III- duas doentes; Estadio IV- duas doentes.

Durante um período de tempo que variou entre os três e os seis meses, foi instituída em todos os casos terapêutica com anti-inflamatórios per os, tala de repouso nocturna e fisioterapia. Duas doentes foram submetidas a infiltrações intra-articulares de esteróides, previamente à primeira observação na nossa Consulta.

O tratamento cirúrgico, efectuado três a dez meses após a primeira observação e após constatação da ineficácia do tratamento sintomático, variou de acordo com a gravidade da doença. A tenotomia distal das inserções supra-numerárias do longo abductor do polegar, segundo a técnica descrita por Zancolli, foi utilizada



Fig. 1 - Técnica de Zancolli - planeamento da tenotomia distal das inserções supranumerárias do longo abductor do polegar

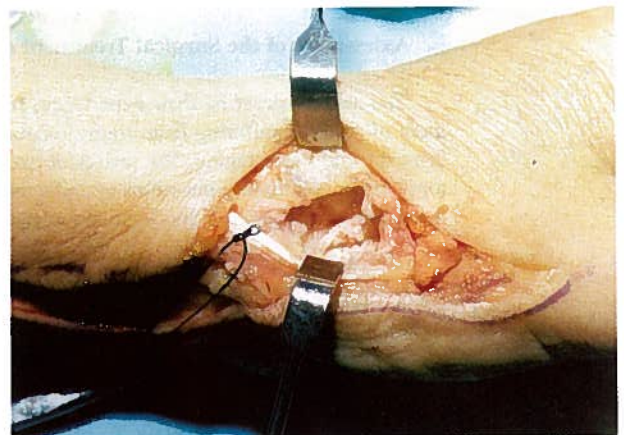


Fig. 2 - Técnica de Burton - trapezectomia total

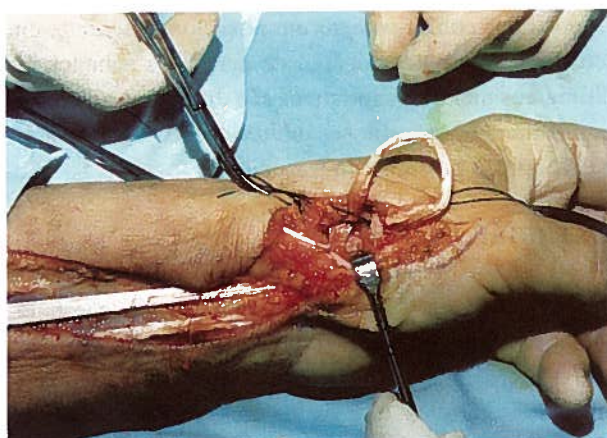


Fig. 3 - Técnica de Burton - ligamentoplastia com segmento do grande palmar

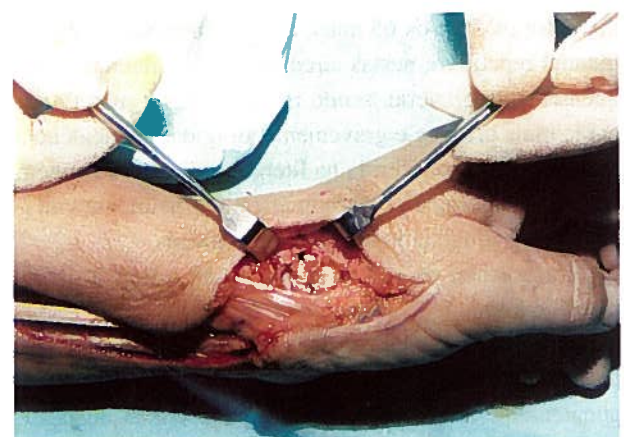


Fig. 4 - Técnica de Burton - interposição do segmento tendinoso "em anchova"

no caso classificado como Dell I (*figura 1*). Nos restantes casos foi efectuada a trapezectomia com artroplastia de interposição tendinosa e ligamentoplastia usando o segmento radial do grande palmar, de acordo com a técnica de Burton (*figuras 2, 3 e 4*).

RESULTADOS

Nos quadros I e II estão registados os achados relativos à presença de dor. Na avaliação pré-operatória quatro das doentes referiam dor em repouso, enquanto nas outras este sintoma se relacionava com a mobilização activa repetida. Na nossa série a dor era referida à face posterior do 1º metacarpo em sete casos e à eminência tenar em dois, apresentando irradiação distal em três doentes e proximal em cinco. Após a cirurgia duas doentes mantiveram dor durante o exercício, mas destas, uma refere este sintoma apenas para esforços maior.

O *quadro III* mostra as características da deformação, que foi encontrada em três doentes no pré-operatório - adução do 1º metacarpo em uma, anteposição do polegar noutra e estas duas características numa terceira doente.

Todas as doentes apresentavam graus variáveis de impotência funcional e diminuição da força comparadas

Quadro I - Avaliação pré-operatória I

Doente	1	2	3	4	5	6	7	8	
ESTADIAMENTO	II	II	II	III	III	I	IV	IV	II
Em repouso		+	+	+			+		
Em esforço	+				+	+		+	+
DOR M1 posterior		+	+	+	+	+	+	+	
Eminência tenar	+								+
Distal	+			+					+
Irradiação Proximal		+	+	+			+	+	
Nenhuma					+				

M1 - 1º metacarpo

Quadro II - Avaliação pós-operatória I

Doente	1	2	3	4	5	6	7	8	
ESTADIAMENTO	II	II	II	III	III	I	IV	IV	II
Em repouso		0	0	0		0			
Em esforço	0				+	0	-	0	
M1 posterior				+				+	
DOR Eminência tenar									
Distal				+					
Irradiação Proximal								+	
Nenhuma									

M1 - 1º metacarpo

com a mão contralateral. O "Grinding Test" foi negativo num único caso.

Após a cirurgia e instituição de tratamento fisiátrico adequado registou-se uma melhoria global acentuada, quer objectiva quer subjectiva, nos diversos parâmetros avaliados durante um follow-up que variou entre os seis e os dezoito meses. Apenas num único caso a cirurgia se revelou ineficaz no alívio dos sintomas (*quadro IV*).

CONCLUSÕES

Apesar de se tratar de uma série limitada, os resultados obtidos estão de acordo com os referidos na literatura, para o que julgamos ser fundamental a correcta avaliação de cada situação clínica particular, permitindo a adequada indicação terapêutica, base do sucesso das intervenções.

A classificação proposta por Dell permite o estadiamento da doença de uma forma prática.

Em relação às duas técnicas utilizadas, pensamos que a técnica de Zancolli deverá ser reservada para os casos estadiados como Dell I, sendo a técnica descrita por Burton mais

Quadro III - Avaliação pré-operatória II

Doente	1	2	3	4	5	6	7	8	
ESTADIAMENTO	II	II	II	III	III	I	IV	IV	II
DEFORMIDADE Adução M1	0	0	0	0	+	0	+	0	0
Anteposição F1	0	0	0	+	0	0	+	0	0
Hiperextensão MF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMPOTÊNCIA ↓ Oponência	9	8	9	8	9	10	8	6	9
FUNCIONAL ↓ Contra-oponência	4	2	2	3	3	3	2	2	4
↓ Força	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Grinding Test	+	+	+	+	+	0	+	+	+

M1 - 1º metacarpo; F1 - 1ª falange; MF - articulação metacarpo-falângica

Quadro IV - Avaliação pós-operatória II

Doente	1	2	3	4	5	6	7	8	
ESTADIAMENTO	II	II	II	III	III	I	IV	IV	II
DEFORMIDADE Adução M1	0	0	0	0	+	0	0	0	0
Anteposição F1	0	0	0	<	0	0	0	0	0
Hiperextensão MF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMPOTÊNCIA ↓ Oponência	9	10	10	10	9	10	9	7	9
FUNCIONAL ↓ Contra-oponência	4	2	3	3	3	3	3	2	4
Força	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Grinding Test	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Avaliação Subjectiva	E	E	E	E	M	B	B	Me	E

M1 - 1º metacarpo; F1 - 1ª falange; MF - articulação metacarpo-falângica; E - excelente; M - mau; B - bom; Me - médio

adequada para as formas mais avançadas da doença. Nos casos em que foi efectuada a excisão do trapézio e artroplastia de interposição tendinosa com ligamentoplastia, utilizando um segmento do grande palmar, obtivemos uma reconstrução estável, com acentuado alívio da sintomatologia dolorosa e significativa melhoria da destreza do polegar.

BIBLIOGRAFIA

- BURTON R, PELLEGRINI VD: Surgical management of basal joint arthritis of the thumb. Part II. Ligament reconstruction with tendon interposition arthroplasty. *J. Hand Surg.* 1986; 11A : 324-332
- COOKE KS, SINGSON RD, GLICKEL SZ, EATON RG: Degenerative changes of the trapeziometacarpal joint: radiologic assessment *Skeletal-Radiol.* 1995 Oct.; 24(7) : 523-7
- DAMEN A, VAN DER LEI B, ROBINSON PH: Bilateral osteoarthritis of the trapeziometacarpal joint treated by bilateral tendon interposition arthroplasty; *J.-Hand-Surg.* 1997; 22B : 1 : 96-99
- DELL PC, MUNIZ RB: Interposition arthroplasty of the trapeziometacarpal joint for osteoarthritis. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 1987; 220 : 27-37
- EBELIN M: La rhizarthrose. In: G.E.M., Cahier d'Enseignement de la Société Française de Chirurgie de la Main. Paris. Expansion Scientifique Française, 1993; 113-127
- KUSCHNER SH; LANE CS: Surgical treatment for osteoarthritis at the base of the thumb. *Am.-J.-Orthop.* 1996 Feb.; 25(2) : 91-100
- LE-VIET D, KERBOULL L, LANTIERI LA, COLLINS DE: Stabilized resection arthroplasty by an anterior approach in trapeziometacarpal arthritis: results and surgical technique. *J Hand Surg Am* 1996 Mar; 21(2) : 194-201
- MENON J.: Partial trapeziectomy and interpositional arthroplasty for trapeziometacarpal osteoarthritis of the thumb. *J Hand Surg* 1995; 20B : 5 : 700-706
- SAFFAR PH: La rhizarthrose. Paris. Expansion Scientifique Française. 1990
- SRINIVASAN VB, MATTHEWS JP: Results of scapotrapietrapezoid fusion for isolated idiopathic arthritis. *J Hand Surg* 1996; 21B : 3 : 378-380
- WACHTL SW, SENNWALD GR: Non-cemented replacement of the trapeziometacarpal joint. *J. Bone Joint Surg* 1996; 78-B : 787-92