

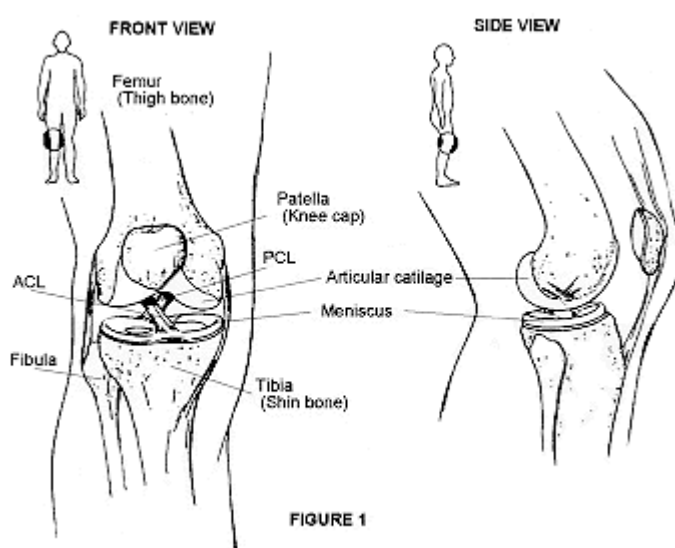
LA RICOSTRUZIONE DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE DI GINOCCHIO

Il ginocchio è un cingolo, uno snodo. Fondamentale nella deambulazione e nella funzionalità dell'arto inferiore. Centro di un fulcro è sottoposto costantemente a sollecitazioni soprattutto rotatorie e soprattutto negli individui attivi.

Anatomicamente femore e tibia divengono congruenti a livello articolare tramite le strutture meniscali mediale e laterale, rivestito dalla capsula articolare e sostenuto dai legamenti collaterali in periferia ed al centro dal:

Legamento Crociato Anteriore (LCA)

Legamento Crociato Posteriore (LCP)



Il LCA può essere danneggiato o rotto in differenti modi. Il meccanismo più comune è quello di un rapido movimento di rotazione o spostamento durante l'attività sportiva, come può verificarsi frequentemente nel calcio, calcetto, sci, rugby o pallacanestro. Il legamento può anche rompersi durante particolari attività lavorative o per incidenti automobilistici.

Nel momento del trauma, qualche volta è possibile avvertire un rumore tipo “pop” o “snap”. Il grado di dolore che può essere avvertito è molto variabile, ma può essere anche molto alto. Tipicamente il soggetto non è più in grado di continuare a giocare o a svolgere l'attività lavorativa, ed ha la netta impressione che sia accaduto qualcosa di grave. Immediatamente il ginocchio si gonfia e continua a farlo nelle ore successive, ma il gonfiore può essere limitato se si applica immediatamente del ghiaccio o se si applica un tutore.

COME SI DIAGNOSTICA UNA LESIONE DEL LCA?

Una lesione del legamento crociato anteriore può essere diagnosticato dal medico attraverso la

Dott. Marco GIARACUNI

storia clinica e la visita medica. Durante la visita il medico può esaminare il grado di movimento presente e determinare se il LCA è rotto o meno. Inoltre possono essere valutate eventuali lesioni di ulteriori strutture interne del ginocchio come i menischi ed i legamenti collaterali.

Un esame radiografico può essere utile per valutare la presenza di eventuali fratture. In alcuni, ma non in tutti, pazienti può essere utile una valutazione con esame TAC o RM (risonanza magnetica). La RM può chiarificare la rottura o meno del legamento se l'esame fisico non è stato dirimente. Tale accertamento è anche utile per valutare le eventuali lesioni cartilaginee e meniscali in modo da poter programmare il miglior trattamento per ogni paziente.

PROBLEMI POST OPERATORI

Dolore Anteriore di Ginocchio: con tale termine si indica la presenza di sintomatologia dolorosa, talora persistente anche per uno o due anni, localizzata in corrispondenza della rotula, della porzione superiore della tibia o del tendine rotuleo che si manifesta sotto sforzo o in occasione di particolari attività lavorative che richiedano l'accosciamento prolungato. Tale dolore può essere causato dal prelievo del tendine o da una non corretta rieducazione postoperatoria.

Deficit quadricipitale: l'esperienza ha evidenziato che un deficit della forza muscolare è costante in tutte le ricostruzioni del LCA. Un deficit del 20-30%, valutabile ai test isocinetici, consente di svolgere un'intensa attività sportiva, anche a livello professionistico. Un deficit superiore deve essere compensato da intensa ginnastica postoperatoria.

Dolore Postoperatorio: le lesioni meniscali o cartilaginee sono spesso riscontrate nelle rotture del LCA, specie se trattate a distanza di molto tempo dall'evento traumatico o dopo ripetuti episodi di instabilità. In tali casi è necessario eseguire una meniscectomia. La persistenza di un dolore localizzato in corrispondenza dell'interlinea articolare, specialmente durante un'attività che comporti ripetuti impatti, è segno di una sofferenza del ginocchio per la mancanza di tali strutture. In tali casi, un trattamento medico o riabilitativo prolungato può risolvere la sintomatologia dolorosa. In altri casi può essere presente un dolore localizzato in corrispondenza della vite tibiale causato dai fenomeni infiammatori necessari per il riassorbimento della vite stessa.

Complicazioni: l'infezione articolare, la flebite profonda, la lassità o la re-rottura del trapianto, la frattura della rotula sono complicazioni ampiamente descritte in letteratura con incidenza variabile. L'infezione articolare ha un'incidenza dell'ordine del 1-2% ed è trattabile con l'usuale terapia antibiotica prolungata per due-tre mesi. Talora, è necessaria un'artroscopia all'insorgere dell'infezione per rimuovere il materiale infetto dall'articolazione.

Recidiva di Instabilità: l'insuccesso dell'intervento è valutato in termini del 10% ed è correlato a molteplici fattori. Alla presenza di un insuccesso è possibile ripetere l'intervento di ricostruzione del legamento, utilizzando un altro tendine.

RICOVERO

Il suo ricovero è previsto per la mattina stessa del giorno programmato per l'intervento o per il giorno prima, a meno che non vi siano urgenze non procrastinabili.

Alcuni giorni prima del ricovero sarà contattato direttamente dal reparto che le fornirà tutte le informazioni e le modalità del ricovero. La sera precedente il ricovero potrà effettuare una normale cena, non essendo necessaria una particolare preparazione all'intervento, ad eccezione dell'obbligo di digiuno sia solido che liquido dalle ore 24.00. Se l'intervento fosse programmato per le ore

Dott. Marco GIARACUNI

pomeridiane la mattina del ricovero potrà effettuare una leggera colazione liquida (un caffè o una tazza di tè). Durante la degenza e sino a dopo l'intervento non potranno essere assunti cibi o bevande, acqua compresa.

Il pomeriggio o la mattina prima dell'intervento riceverà la visita di un medico per la stesura della cartella clinica. **La invito a fornire in maniera precisa le modalità relative all'evento traumatico poiché non è consentito in alcun modo modificare successivamente quanto riportato precedentemente in cartella. Tutti gli esami strumentali (esame rx. e/o esame ecografico e/o RMN e/o TAC,) antecedenti il ricovero devono essere riportati.**

In previsione della somministrazione di farmaci per l'anestesia e per la terapia del dolore postoperatorio, è di fondamentale importanza che lei indichi all'anestesista ed ai medici la presenza di eventuali allergie e/o intolleranze verso sostanze farmacologiche. Alcuni individui sono portatori sani di particolari malattie infettive a trasmissione ematica; tra queste le più note sono l'Epatite B, l'Epatite C e l'A.I.D.S. Nel caso lei fosse a conoscenza di una positività al test per una di queste malattie, le saremmo grati se vorrà segnalarcelo in tempo onde consentirci di mettere in atto particolari misure precauzionali durante l'intervento. Durante la degenza le sarà effettuata una terapia antibiotica preoperatoria, che sarà eseguita anche dopo la dimissione. Inoltre, sarà eseguita anche una profilassi antitrombotica. Al momento del ricovero le saranno fornite ulteriori delucidazioni in merito.

ANESTESIA

Per l'esecuzione dell'intervento è necessaria un'anestesia. Tale scopo può essere raggiunto con diverse metodiche: l'anestesia generale, l'anestesia peridurale ed infine l'anestesia regionale.

La scelta del tipo di anestesia è di stretta competenza dell'anestesista che durante la visita preliminare le illustrerà vantaggi e svantaggi dell'una e dell'altra metodica. Valutati tutti gli elementi clinici e le sue eventuali richieste, l'anestesista concorderà con lei il tipo di anestesia da effettuare. La sua permanenza nell'ambiente operatorio sarà superiore alle 2-3 ore, per permettere all'equipe degli anestesisti di eseguire la prevista preparazione anestesilogica e di seguirla sino al completo risveglio.

DECORSO POST-OPERATORIO

Il trapianto in sei mesi potrà assumere caratteristiche meccaniche simili, ma non identiche, a quelle del LCA. Dopo l'intervento è necessaria una corretta riabilitazione impostata in maniera tale da evitare eccessive sollecitazioni al trapianto che possano condurre alla sua rottura o allungamento. L'impossibilità ad eseguire un corretto trattamento riabilitativo è controindicazione assoluta all'intervento.

Il secondo giorno, dopo la medicazione e rimozione del drenaggio, dovrà iniziare la ginnastica passiva utilizzando per circa 15 giorni un particolare apparecchio che può essere noleggiato.

Dott. Marco GIARACUNI



Potrà iniziare a camminare con l'ausilio di bastoni canadesi appoggiando il piede sin dal secondo giorno postoperatorio. I bastoni canadesi possono essere rimossi appena raggiungerà la necessaria sicurezza nella deambulazione. Un Fisioterapista la assisterà durante la sua degenza per la corretta esecuzione della ginnastica e della deambulazione. Dopo la medicazione è applicato un tutore per mantenere il ginocchio in completa estensione durante la deambulazione. Il tutore sarà rimosso tra il 21° e 30° giorno dall'intervento.



Solo dopo la rimozione del tutore è autorizzata la guida della vettura, essendo proibita dalle norme del codice stradale la guida in condizioni di minor efficienza fisica. Al quindicesimo giorno dall'intervento, durante la visita di controllo verranno rimossi i punti di sutura e potrà bagnare la cicatrice. Il giorno seguente inizierà il protocollo riabilitativo. Il lavoro svolto dal Fisioterapista di sua fiducia, e conseguentemente i progressi da lei ottenuti, sarà valutato periodicamente sino al sesto mese durante le visite di controllo che saranno effettuate e programmate in dimissione. Ad ogni visita di controllo, dopo aver valutato le condizioni locali del suo ginocchio, le sarà consegnato un nuovo protocollo fisioterapico, adatto alle sue condizioni, che dovrà seguire sino alla successiva visita di controllo. Inoltre, in futuro potrà essere contattato da me o da parte dei miei assistenti, per sottoporsi ad una visita di controllo, anche a distanza di anni, allo scopo di valutare negli anni il risultato degli interventi effettuato.

Dott. Marco GIARACUNI

QUALI SONO LE POTENZIALI COMPLICAZIONI DELL'INTERVENTO?

La maggior parte dei pazienti non presentano complicazioni e ritornano alla piena attività tra i 6 e gli 8 mesi dall'intervento. Comunque le maggiori complicazioni possibili sono il dolore ed una perdita della articolari  completa del ginocchio.

Il dolore anteriore del ginocchio pu  presentarsi nel 10% dei pazienti. Fortunatamente, pu  essere controllato e ridotto modificando il protocollo di terapia fisica.

La perdita di articolari  del ginocchio avviene in meno del 5% dei casi ed   pi  frequente nei pazienti che presentavano una articolari  ridotta gi  precedentemente all'intervento. Normalmente questa complicazione pu  essere ovviata con una terapia fisica pi  aggressiva e raramente   necessario ricorrere ad un nuovo intervento chirurgico.

In alcuni individui possono verificarsi saltuarie tumefazioni del ginocchio o dolore durante l'attivit , nonostante la ricostruzione del legamento sia stata ottimale. Questo spesso pu  essere correlato al grado di lesione delle strutture meniscali e osteo-cartilaginee evidenziata durante l'intervento.

Anche in assenza di una determinata causa, una piccola percentuale dei pazienti pu  continuare a presentare una lassit  anteriore del ginocchio con cedimenti (una "perdita" del trapianto). Questo pu  essere correlato ad un allungamento del trapianto durante la terapia fisica o ad un nuovo evento traumatico.

SARO' IN GRADO DI RITORNARE AL MIO PRECEDENTE LIVELLO DI ATTIVITA'?

Approssimativamente il 95% dei pazienti ritornano alla loro precedente attivit  senza alcuna restrizione. Nel rimanente 5% il pieno ritorno pu  essere limitato da differenti cause: dolore, gonfiore, persistente lassit , cambio di abitudini di vita in relazione all'et , per propria scelta, o per motivi non identificabili.

RIEPILOGO DEI TEMPI POSTOPERATORI

1° giorno: terapia antibiotica ed antalgica.

2° giorno: rimozione dei drenaggi e dei cateteri anestesiolgici, medicazione e posizionamento del tutore, inizio della ginnastica passiva con Kinetech. Deambulazione con carico completo e se tollerato senza bastoni canadesi.

3° giorno: dimissione

15° giorno: I° CONTROLLO, rimozione dei punti di sutura

16° giorno: inizio fisioterapia.

30° giorno: II° CONTROLLO, deambulazione libera senza tutore. Autorizzato il nuoto. Autorizzata la guida di automobile.

30°- 60° giorno: ripresa dell'attivit  lavorativa. Continuazione del protocollo riabilitativo. Autorizzata la bicicletta su strada.

dopo il 60° giorno: ripresa della corsa.

dopo il 90° giorno: intensificazione degli esercizi in palestra, ripresa di modesta attivit  fisica.

Dopo il 5°- 6° mese: ripresa dell'attivit  sportiva agonistica.