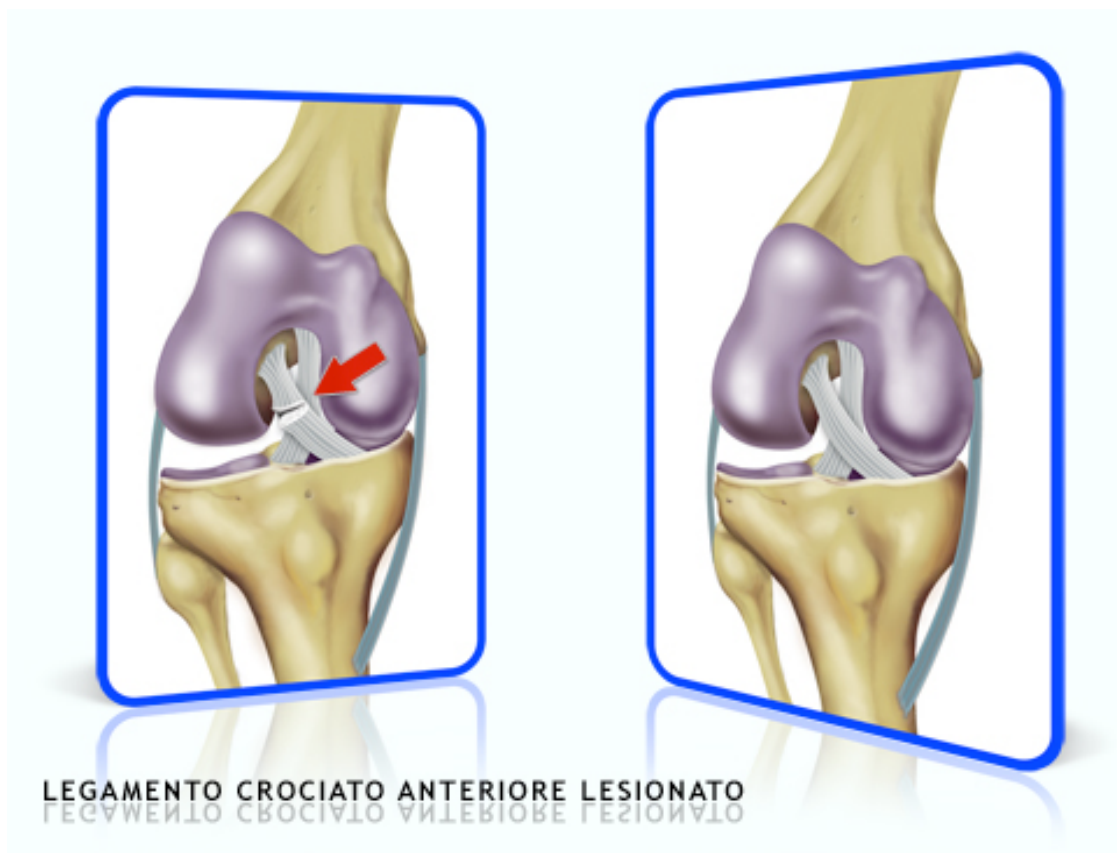


Chirurgia delle lesioni al legamento crociato anteriore

Il legamento crociato anteriore rappresenta, da un punto di vista funzionale e biomeccanico, una delle strutture legamentose più importanti del ginocchio. Pertanto la sua lesione rende spesso indicata una procedura di riparazione. La stabilizzazione del ginocchio si può rendere necessaria per evitare episodi di cedimento articolare e/ o nuove distorsioni. Un ginocchio non stabile va incontro, molto più rapidamente, a fenomeni di degenerazione artrosica.

Nella letteratura medica sono molteplici i tipi di intervento riportati a tal proposito. Nel nostro reparto viene adottata, dagli inizi degli anni novanta, una tecnica originale, che, rifacendosi agli interventi proposti dalla scuola francese, utilizza il prelievo del tendine sottorotuleo per effettuare un'artroplastica legamentosa laterale extrarticolare. Rispetto alle tecniche intraarticolari eseguite sia in artroscopia che con chirurgia aperta, questa metodica consente di evitare l'esecuzione di tunnel articolari che, come constatato da diversi studi effettuati sull'argomento e presenti nella letteratura medica internazionale, contribuiscono ad incrementare i danni cartilaginei già purtroppo presenti in una articolazione che ha sofferto per una lesione legamentosa.



La lesione del legamento crociato anteriore non è sempre evidenziabile con certezza attraverso le metodiche non invasive attualmente a disposizione.

Per questo motivo eseguiamo abitualmente una artroscopia preventiva al fine di:

- Trattare patologie intraarticolari associate alla lesione legamentosa (ad esempio lesioni meniscali, sinoviali, condrali etc.)
- Costatare “de visu” il danno legamentoso e la sua entità (la risonanza magnetica in alcuni casi non è derimente – come viene riportato diffusamente nella letteratura medica al riguardo – sono infatti possibili sia dei “falsi negativi” che dei “falsi positivi”)
- Eseguire un bilancio articolare al fine di visualizzare anche lo stato dell’articolazione femoro-rotulea e consentendo così, nel corso del successivo intervento, di correggere eventuali problemi correlati.

I vantaggi di questo tipo di trattamento chirurgico in due tempi (dapprima artroscopia e successivamente ricostruzione extraarticolare del legamento crociato) sono soprattutto rappresentati da:

1. eliminazione dell’utilizzo di ginocchiere o tutori post-intervento
2. rapida ripresa della fisiologica articularità del ginocchio (evitando delle temibili complicanze proprie delle ricostruzioni intraarticolari rappresentate sia da eventuali aderenze fino alla artrofibrosi – che riducono drasticamente l’articularità del ginocchio – sia dalla artrite settica – infezione dell’articolazione che può determinare gravi danni articolari)
3. deambulazione assistita con stampelle limitata a circa 20 – 25 gg
4. possibilità di una precoce ripresa dell’attività lavorativa

Percorso terapeutico

Il percorso previsto per i pazienti che devono eseguire l'intervento di artroplastica per lesione del L.C.A. si può così riassumere:

- Visita dell’ortopedico operante nella nostra struttura che propone il ricovero
- Prericovero in cui vengono eseguiti i consueti accertamenti ematochimici e cardiologici pre-intervento
- Ricovero in reparto della durata di 5 gg , durante il quale viene impostato ed iniziato il percorso riabilitativo fisioterapico che sarà possibile proseguire ambulatorialmente, sempre c/o la nostra struttura.

Entrando più nel dettaglio **il giorno dell’intervento chirurgico** , che coincide con il giorno del ricovero, il paziente entra in sala operatoria opportunamente “preparato” dal personale del reparto mediante:

- tricotomia della parte da trattare: l'arto deve essere depilato dalla radice della coscia al piede (questa operazione può essere effettuata anche a domicilio dal paziente con creme o saponi specifici il giorno precedente il ricovero)
- asportazione di eventuali "smalti" dalle unghie sia delle mani che dei piedi, anche per consentire il funzionamento di apparecchiature anestesiolgiche
- rimozione di qualsiasi oggetto metallico (orecchini, braccialetti, anelli ...)
- applicazione di cateteri venosi per poter effettuare la somministrazione di farmaci
- vestizione con camice e cuffia monouso al fine di non compromettere la sterilità del quartiere operatorio

Dopo l'ingresso nel quartiere operatorio l'anestesista, con i suoi assistenti, si prenderà cura del paziente effettuando l'anestesia (normalmente una loco-regionale) e solo una volta che questa si è "stabilizzata" si procederà al trasferimento dello stesso nella sala operatoria vera e propria.

L'intervento chirurgico, durante il quale il paziente potrà essere munito di cuffie per ascoltare della musica, ha una durata di circa un'ora, ed il paziente abbandona il quartiere operatorio solo quando l'anestesista avrà giudicato possibile questo passaggio in rapporto alla evoluzione clinica.

La giornata dell'intervento è dedicato ai consueti controlli post-operatori mediante valutazione clinico/strumentale effettuata dal personale di reparto.

Già dalla mattina successiva all'intervento viene consentito al paziente di muovere "primi passi" con l'ausilio di stampelle e con l'assistenza del fisioterapista. I giorni successivi saranno dedicati all'esecuzione di ulteriori accertamenti clinici e radiografici.

A partire dalla 4° giornata post-operatoria il paziente inizierà il percorso riabilitativo fisioterapico mediante utilizzo di un apposito strumentario elettromeccanico dedicato al progressivo recupero della fisiologica articolarietà del ginocchio.

Prima della dimissione verranno fornite dai fisioterapisti del reparto apposite schede descrittive degli esercizi riabilitativi che il paziente dovrà effettuare a domicilio in attesa dell'inizio del trattamento ambulatoriale assistito.



Materiale necessario nel post operatorio:

- Calze elastiche antitrombotiche a monocollant
- Stampelle (bastoni canadesi)