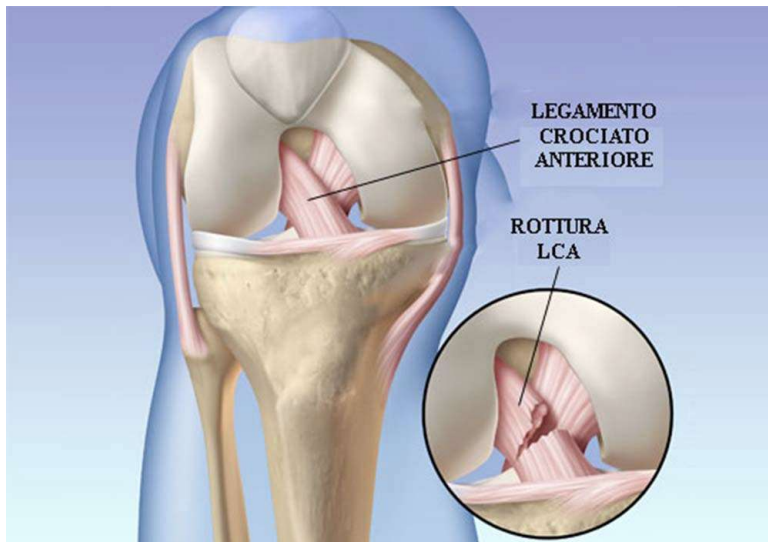


## RICOSTRUZIONE DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE DEL GINOCCHIO, IN ARTROSCOPIA, CON IMPIANTO DI INNESTO TENDINEO AUTOLOGO



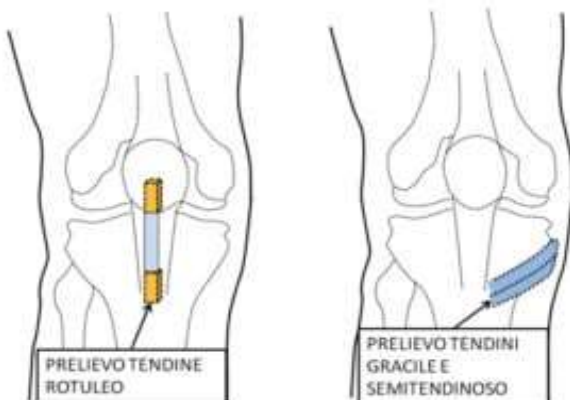
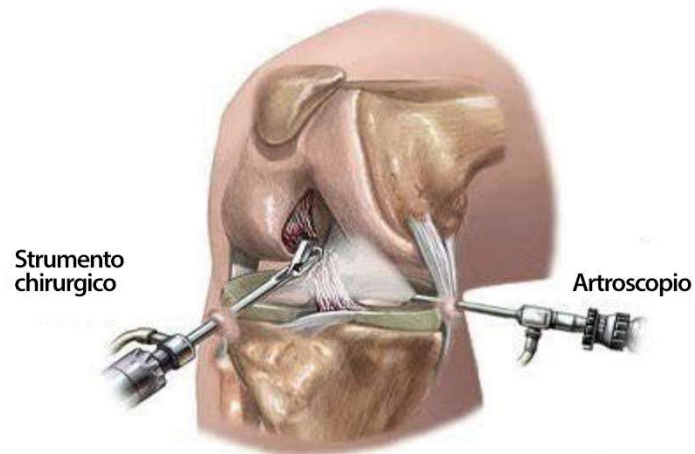
Il legamento crociato anteriore, LCA da acronimo, assieme al legamento crociato posteriore ed ai due legamenti collaterali, svolge il ruolo di stabilizzatore del ginocchio garantendo il corretto funzionamento dell'articolazione. In particolare la sua integrità risulta indispensabile per svolgere attività sportiva di prima fascia o attività lavorativa pesante. Oltre a questo, un LCA valido garantisce il benessere del ginocchio a lungo termine; infatti, le persone che hanno subito lesioni plurime al legamento crociato anteriore o non hanno provveduto alla sua ricostruzione con tempestività sono più a

rischio di artrosi.

L'intervento di ricostruzione del LCA avviene mediante artroscopia: si tratta di una procedura operatoria mini invasiva dotata di accuratezza diagnostica e potenzialità chirurgiche. L'intervento prevede l'utilizzo di uno strumento particolare, chiamato artroscopio, inserito nella cavità articolare attraverso una piccola incisione cutanea di circa 1 cm; una seconda incisione, anch'essa di circa 1 cm, consente l'introduzione degli strumenti previsti per "lavorare" all'interno del ginocchio.

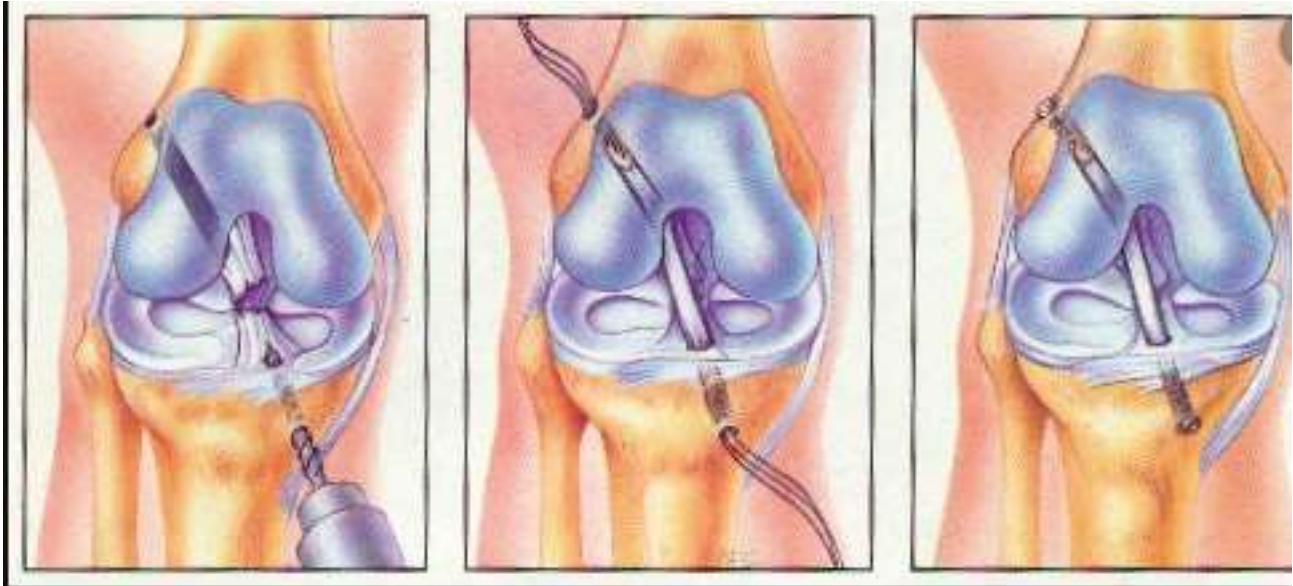
L'artroscopia, che costituisce il primo tempo dell'intervento, rappresenta l'indagine più completa di tutte le formazioni anatomiche della cavità articolare e consente possibilità di valutazione statica e dinamica, mentre gli altri accertamenti diagnostici, compresi TAC o RMN, non forniscono risultati di assoluta certezza.

E' possibile che all'atto dell'artroscopia possano essere riscontrate condizioni anche difformi rispetto a quanto diagnosticato mediante gli accertamenti non invasivi precedentemente praticati (lesioni condrali, pliche sinoviali patologiche, lesioni meniscali). In questi casi le procedure chirurgico-terapeutiche programmate potrebbero subire variazioni rispetto a quanto preventivato.



Il ripristino della stabilità articolare viene realizzato mediante la sostituzione del legamento leso con una

componente tendinea prelevata dal ginocchio stesso. Il tendine impiegato potrà essere il terzo medio del tendine rotuleo o i tendini gracile e semitendinoso. La scelta dal trapianto varia in funzione del soggetto (età, sesso, peso, attività sportiva/lavorativa). La letteratura a nostra disposizione non dimostra una differenza in termini di sopravvivenza dell'impianto o soddisfazione del paziente. Per l'ancoraggio del neolegamento saranno impiegati materiali di fissazione biocompatibili, metallici o riassorbibili.



Questo tipo di intervento è utilizzato da molti anni nel mondo ed ha dimostrato di essere particolarmente valido.

Nel caso la lassità articolare appaia particolarmente importante, alla sostituzione del legamento crociato anteriore potrebbe rendersi necessario associare dei gesti chirurgici ulteriori, le cosiddette "plastiche periferiche di rinforzo".

Nonostante gli evidenti fattori positivi derivanti dall'impiego della tecnica operatoria descritta, il trattamento non è esente da rischi, pur essendo questi ridotti rispetto a quelli di altri procedimenti operatori più invasivi.

Non è possibile escludere **complicanze intraoperatorie** quali le rotture intrarticolari degli strumenti chirurgici utilizzati e le sempre possibili, seppur altamente improbabili, lesioni vascolari o neurologiche periferiche. L'insorgenza di tali complicanze, o la diagnosi artroscopica di alcune rare patologie intrarticolari (cisti meniscali, corpi mobili o neoformazioni endoarticolari), può rendere necessario il ricorso ad artrotomia tradizionale con esecuzione di procedure chirurgiche a cielo aperto. Tra le possibili **complicanze postoperatorie locali** vanno ricordate:

- La rigidità articolare: si intende con questo termine un certo grado di perdita della flessione ed estensione del ginocchio: generalmente si tratta di un fenomeno temporaneo che va contrastato con l'intensificazione del protocollo riabilitativo. Nei casi più gravi può richiedere successivi trattamenti chirurgici quali manovre di mobilizzazione articolare, artrolisi artroscopica, artromiolisi.
- La residua instabilità da secondario allentamento del neolegamento
- Le complicanze post-operatorie flogistiche, reattive o infettive per le quali verrà effettuata una profilassi antibiotica come da protocollo interno
- Le complicanze di tipo vascolare quali le flebotrombosi o le tromboembolie per le quali verrà effettuata una profilassi antitrombotica come da protocollo interno

- Le complicanze legate alla presenza dei mezzi di sintesi utilizzati per la fissazione (mobilizzazione, rottura, intolleranza)
- Le complicanze legate al prelievo dell'innesto tendineo (fratture della rotula, ematomi, aderenze cicatriziali)
- La formazione di cicatrici ipertrofiche/cheloidi

## **Risultati**

L'obiettivo dell'intervento è il ripristino della stabilità articolare che consenta una ripresa dell'attività sportiva, anche agonistica.

Statisticamente questo si ottiene in circa l'80% dei casi.

Il risultato complessivo si presenta correlato a fattori anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento, quali la risposta biologica dell'organismo, la qualità e la quantità della riabilitazione eseguita e il rispetto delle prescrizioni postoperatorie.

L'innesto tendineo infatti necessita di tempi biologici lunghi per l'attecchimento e la neovascolarizzazione; per questo motivo per la ripresa dello sport bisogna attendere almeno 6 mesi, pena un'alta probabilità di fallimento dell'intervento.