



Dr. Marco Giaracuni

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.

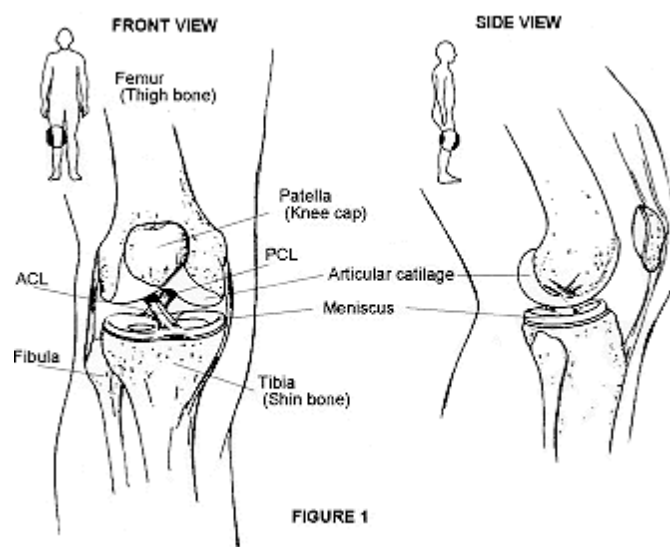
Anatomicamente femore e tibia divengono congruenti a livello articolare tramite le strutture meniscali mediale e laterale, rivestito dalla capsula articolare e sostenuto dai legamenti collaterali in periferia ed al centro da:

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 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 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.

RICOVERO

Il suo ricovero è previsto a seconda della struttura dove sarà trattato/a per la mattina stessa del giorno programmato per l'intervento o per il giorno prima, a meno che non vi siano urgenze non procrastinabili. Ricordi sempre che la durata della permanenza in lista d'attesa non dipende dal chirurgo ma dall'ospedale. Lei è stato inserito sulla piattaforma EDOTTO e quindi su una lista d'attesa regionale, trattandosi di un ospedale pubblico

Alcuni giorni prima del ricovero sarà contattato direttamente dal reparto (SEGRETERIA AMMINISTRATIVA) da un telefono fisso che (tipo 0832...) 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 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.

Dopo l'intervento chirurgico, considerata l'anestesia eseguita, sarà obbligatorio mantenere la posizione supina (non seduta) per 24-48 ore successive all'intervento.

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



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 a volte è consigliato un tutore per mantenere il ginocchio in completa estensione durante la deambulazione. Il tutore se prescritto sarà rimosso tra il 21° e 30° giorno dall'intervento.

Al quindicesimo giorno dall'intervento verranno rimossi i punti di sutura e potrà bagnare la cicatrice. Inizierà quindi il protocollo riabilitativo. Il lavoro svolto dal Fisioterapista di sua fiducia, e conseguentemente i progressi da lei ottenuti, sarà valutato periodicamente.

A 30 giorni circa dall'intervento sarà sottoposto a controllo gratuito (compreso nel DRG) presso l'ospedale per cui si accorderà con Me.

Ad ogni visita di controllo, che sarà concordata con la segreteria (ad esclusione di quella ai 30 giorni), 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, per sottoporsi ad una visita di controllo, anche a distanza di anni, allo scopo di valutare negli anni il risultato degli interventi effettuati.

PROBLEMI POST OPERATORI

Ematoma e emartro: con tale termine si indica la presenza di liquido dopo l'intervento. Tale liquido se prima era drenato dal drenaggio, alla rimozione dello stesso inevitabilmente infarcirà i tessuti sottocutanei determinando dolore, rossore, gonfiore.

Sarà premura medica quella di verificare. Potrà presentarsi ipertermia transitoria, converrà comunque contattare il medico in modo che possa avere conforto.

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.

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 articularità completa del ginocchio.

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

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

In alcuni individui possono verificarsi saltuarie tumefazioni del ginocchio o dolore durante l'attività, nonostante la ricostruzione del legamento sia stata ottimale. Questo spesso può 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 può continuare a presentare una lassità anteriore del ginocchio con cedimenti (una “perdita” del trapianto). Questo può 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 attività senza alcuna restrizione. Nel rimanente 5% il pieno ritorno può essere limitato da differenti cause: dolore, gonfiore, persistente lassità, cambio di abitudini di vita in relazione all'età, 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 anestesiológicos, 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: rimozione dei punti di sutura

16° giorno: inizio fisioterapia che potrà avvenire anche subito dopo l'intervento.

30° giorno: Autorizzato il nuoto. Autorizzata la guida di automobile.

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

Il primo controllo post-operatorio, comprese le medicazioni e la rimozione dei punti di sutura, sarà eseguito presso l'Ospedale Francesco Ferrari di Casarano.

I successivi appuntamenti, qualora desideriate effettuarli con il dott. Giaracuni, potranno essere svolti presso CorporisLab e saranno concordati con la segreteria.

30°- 60° giorno: ripresa dell'attività 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 attività fisica.

Dopo il 4°- 5° mese: ripresa dell'attività sportiva agonistica.

Riferimenti Utili

- **Contatto urgente:** 328 5944051 questo numero da dopo l'intervento la metterà direttamente in contatto col dott. Giaracuni fino all'ultimo controllo oppure tramite mail m.giaracuni@gmail.com
- **Segreteria amministrativa dalle 8:30 alle 14:30:** 0832335260 questo numero le servirà per
- **Ospedale Francesco Ferrari Casarano**

IN SINTESI

È molto importante seguire queste facili regole:

- 1) iniziare chinesi passiva da subito con l'aiuto del fisioterapista o del kinetec (macchinario che si noleggia) da 0-90 gradi la prima settimana e 90-110 gradi la seconda
- 2) stare seduti e stesi sempre col ginocchio in estensione come fosse immobilizzato
- 3) borsa del ghiaccio sul ginocchio 3/4 volte al giorno per cicli ripetuti di 5-10 minuti
- 4) eseguire esercizi di rinforzo isometrici (li potete scaricare online <https://www.marcogiaracuni.it/downloads/>)
- 5) camminare i primi giorni utilizzando due stampelle e poggiando il piede a terra

...non per ultimo, per qualsiasi problema o dubbio contattatemi qui o fatemi contattare dal vostro fisioterapista (che comunque ci terrei a conoscere, qualora non lo conoscessi già)



Dr. Marco Giaracuni

Medico Chirurgo Specialista in Ortopedia e Traumatologia



CORPORISLAB

Per gli appuntamenti e i successivi controlli:

potranno raggiungerMi presso CorporisLab Aradeo o CorporisLab Lecce

Segreteria: 0836 553600 oppure 328 5944051

mail: m.giaracuni@gmail.com pec: marcogiaracuni@pec.it web: www.marcogiaracuni.it