PROF. PIER PAOLO MARIANI
www.pierpaolomariani.it

VILLA STUART

INFORMAZIONI PREOPERATORIE

REVISIONE DI RICOSTRUZIONE DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE

Gentile Signora/e,

La rottura del neo-legamento crociato anteriore riconosce un'eziologia multifattoriale. Le principali cause di insuccesso possono essere individuate nella rottura traumatica in quanto l'incidenza, in questi casi, è uguale a quella della prima rottura. Oltre alla rottura traumatica, vi possono essere cause biologiche per una scarsa integrazione del trapianto tendineo o per una insufficiente trasformazione del tendine in legamento (processo di ligamentizzazione). Vi possono essere anche errori di tecnica chirurgica quali errato posizionamento del trapianto, inadeguatezza dei mezzi di sintesi, presenza di lassità delle strutture capsulari.
La chirurgia di revisione del legamento crociato anteriore è tecnicamente impegnativa e può realizzarsi in uno o due tempi chirurgici distinti tra di loro. Infatti, la presenza dei tunnel creati in occasione del primo intervento e la presenza dei mezzi di sintesi, possono ostacolare l'esecuzione di un nuovo tunnel in posizione corretta. Prima di sottoporsi ad un intervento di revisione è necessaria una pianificazione preoperatoria che prevede una RMN ed uno studio radiografico al fine di valutare l'integrazione o meno del trapianto, il posizionamento dei tunnel, la presenza di mezzi di sintesi ed eventuali lesioni associate. Con tali indagini diagnostiche si può prevedere, ma non dare la certezza, se la ricostruzione avverrà in uno o due tempi chirurgici distinti, la scelta di uno o due tempi chirurgici distinti sarà fatta in base a diversi elementi:

- *Mezzi di sintesi che alla rimozione indeboliscono la trama tanto da non permettere la creazione di nuovi tunnel;*
- *Posizione dei precedenti tunnel. La presenza del tessuto tendineo all'interno del tunnel sconsiglia nella maggioranza dei casi la sua riutilizzazione. Pertanto, dovendo creare un nuovo tunnel osseo, la sua vicinanza al tunnel preesistente potrebbe creare un tunnel eccessivamente ampio tale da non permettere una fissazione adeguata ed una stabilità al trapianto;*
- *Validità ossea del preesistente tunnel. Si possono, infatti, creare cisti nelle pareti del tunnel tali da ostacolare una valida fissazione del nuovo trapianto.*

LA POSSIBILITÀ DI ESEGUIRE L'INTERVENTO DI REVISIONE IN UN SOLO TEMPO CHIRURGICO È ACCERTABILE SOLO IN SALA OPERATORIA ALL'ATTO DELL'INTERVENTO CHIRURGICO.

Qualora la revisione dovesse realizzarsi in due tempi chirurgici distinti, il primo intervento ha lo scopo di asportare il residuo del trapianto del precedente intervento, rimuovere, se possibile, i mezzi di sintesi ed eseguire la bonifica dei tunnel ossei del precedente intervento. Tra il primo ed il secondo intervento, durante il quale verrà reimpiantato il nuovo trapianto, vi è un periodo che va dai 90 ai 120 giorni per ottenere la completa guarigione ossea.
Si fa inoltre presente, che, qualora si repertassero lesioni meniscali o capsulomeniscali che prevedano la possibilità di salvare il menisco stesso, il trattamento di

CASA DI CURA VILLA STUART - VIA TRIONFALE, 5952 - 00136 ROMA

tali lesioni potrà essere effettuato solo all'atto della ricostruzione del legamento crociato anteriore poiché è necessaria una valida stabilità articolare.

SCELTA DEL TRAPIANTO

Come per le ricostruzioni primarie, le possibilità sono l'utilizzo del tendine rotuleo o i tendini flessori del ginocchio, (gracile e semitendinoso). La scelta è effettuata in base al tipo di trapianto utilizzato nella prima ricostruzione. Qualora fosse necessario, il prelievo del tendine potrà essere effettuato sull'arto contro laterale. Nella chirurgia di revisione del legamento crociato anteriore, si può rendere necessario anche un gesto chirurgico per il trattamento delle lesioni dei legamenti capsulari del ginocchio che se non trattate possono causare un ulteriore fallimento della ricostruzione del legamento crociato anteriore.

PROBLEMI POSTOPERATORI

I problemi postoperatori possono variare in funzione della patologia trattata. Nell'eventualità di un intervento chirurgico di revisione I° Tempo di ricostruzione, i principali problemi possono essere:

DOLORE

- può essere legato alla bonifica dei tunnel, all'asportazione dei mezzi di sintesi, che necessitano per la loro rimozione di un gesto più invasivo sul tessuto osseo;
- presenza di lesioni meniscali o capsulo meniscali che non è stato possibile trattare nel primo tempo di revisione;
- infiammazione postoperatoria della sinovia (sinovite).

VERSAMENTO

- **Sieroso:** è fisiologico nel post-operatorio, come reazione al trauma chirurgico;
- **Ematico:** dopo la bonifica dei tunnel è prevista la formazione di un cospicuo emartro che è considerato come un elemento utile per la guarigione ossea perché permette il riempimento dei difetti ossei. A tal scopo, nella revisione I° tempo non è previsto l'introduzione di alcun drenaggio intra-articolare.

BLOCCHI ARTICOLARI PRIMA DEL SECONDO INTERVENTO

- l'assenza del legamento crociato anteriore, rende il ginocchio instabile e, pertanto, non si possono escludere eventuali lesioni meniscali e/o cartilaginee causate dall'instabilità del ginocchio, in esito anche a modesti traumi distorsivi.

Nell'eventualità di un intervento chirurgico di revisione I° Tempo di ricostruzione, i principali problemi possono essere:

PROBLEMATICHE LEGATE ALLE FERITE CHIRURGICHE: deiscenza delle ferite: al fine di evitare ulteriori cicatrici chirurgiche, talora si è costretti ad eseguire l'incisione cutanea in corrispondenza delle precedenti cicatrici che può provocare ritardi della cicatrizzazione e/o alterazioni nella cicatrizzazione con formazione di cheloidi, infezioni superficiali e profonde, ulcere e perdita di sostanza.

INSTABILILTA' RESIDUA: la chirurgia di revisione può comportare un residuo di instabilità perché una seconda ricostruzione, per quanto possa essere anatomicamente eseguita, altera i rapporti articolari con conseguente modificazione

della biomeccanica, della cinematica e della fisiologica escursione del ginocchio dal punto di vista della congruenza articolare. Non bisogna dimenticare, infatti, che il ginocchio, avente una sua tipica struttura anatomica, rappresenta un "complesso articolare" molto funzionale ed efficiente, il cui equilibrio, è turbato da un primo ed ancor di più da un secondo intervento.

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 solo in parte dal prelievo del tendine ma una rieducazione postoperatoria non correttamente eseguita può essere responsabile di tale sintomatologia dolorosa.

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 o isotonici, consente di svolgere un'intensa attività sportiva, anche a livello professionistico. Un deficit superiore deve essere compensato da intensa ginnastica postoperatoria.

DOLORE INTRARTICOLARE: 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. Un dolore localizzato in corrispondenza dell'interlinea articolare, specialmente durante un'attività che comporti ripetuti impatti, è segno di una sofferenza di tali strutture. In tali casi, un trattamento medico o riabilitativo prolungato possono risolvere la sintomatologia dolorosa.

COMPLICAZIONI: l'infezione articolare, la flebite profonda, la lassità o la re-rottura del trapianto, la frattura della rotula sono, infine, complicazioni ampiamente descritte in letteratura con incidenza variabile. L'infezione articolare ha un'incidenza dell'ordine dell' 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. L'insuccesso dell'intervento, (insufficiente stabilità conseguita) è valutato in termini del 10%. Alla presenza di un insuccesso è possibile ripetere l'intervento di ricostruzione del legamento, utilizzando un altro tendine.

RICOVERO

Il suo ricovero è previsto la mattina stessa del giorno programmato per l'intervento, presso la "Casa di Cura Villa Stuart", sita in *Roma, Via Trionfale 5952, telefono:06 355281*. Alcuni giorni prima del ricovero, sarà contattato direttamente dalla Segreteria Ricoveri della Casa di Cura che prenderà nota delle sue esigenze e 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. Durante la degenza e sino a dopo l'intervento non potranno essere assunti cibi o bevande, acqua compresa.
Per qualsiasi informazione di natura amministrativa inerente la degenza può contattare direttamente l'Amministrazione della Casa di Cura.

IN ATTESA DELL'INTERVENTO

I necessari esami preoperatori possono essere effettuati presso strutture o Specialisti di sua fiducia, o direttamente presso la Casa di Cura. Nel caso lei abbia esami effettuati in precedenza,

questi possono essere ritenuti validi purchè non antecedenti tre mesi la data dell'intervento. Gli esami preoperatori necessari sono:

- Emocromo completo con formula,
- V.E.S.,
- Azotemia,
- Glicemia,
- HbS Ag e Anti HCV,
- Es. Urine,
- Esame Radiografico del torace con referto,
- Esame E.C.G. con referto,
- Visita cardiologica con referto.

La mattina del ricovero riceverà la visita di un mio collaboratore 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 in cartella. Tutti gli esami strumentali (esame RX. e/o esame ecografico e/o RMN e/o TAC) antecedenti il ricovero devono essere portati la mattina del ricovero stesso. In assenza di tale documentazione , questa verrà ripetuta obbligatoriamente la mattina del ricovero stesso.** Riceverà quindi la visita dell'anestesista che le spiegherà e deciderà con lei la miglior tecnica anestesiologica da utilizzare e le fornirà i dettagli. A tal fine è di fondamentale importanza che lei comunichi 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'AIDS. Nel caso lei fosse a conoscenza di una positività al test per una di queste malattie, le saremmo grati se vorrà segnalarcelo in tempo per consentirci di mettere in atto particolari misure precauzionali durante l'intervento.

ANESTESIA

Per effettuare l'intervento è necessario ricorrere ad un'anestesia completa e valida. Tale scopo può essere raggiunto con diverse metodiche quali l'anestesia generale, l'anestesia spinale, l'anestesia regionale (tronculare) ed infine l'anestesia locale. Normalmente, la scelta dell'anestesia è di stretta competenza del collega anestesista che durante la visita preanestesiologica Le illustrerà i vantaggi e svantaggi dei diversi tipi di anestesia. Valutati tutti gli elementi clinici e le Sue eventuali richieste, l'Anestesista concorderà con Lei il tipo di anestesia da eseguire.

POSTOPERATORIO: REVISIONE I° TEMPO

Tutte le informazioni concernenti il periodo postoperatorio sono descritte in maniera dettagliata nell'apposito opuscolo che le sarà consegnato unitamente alla videoregistrazione dell'intervento.

- Il giorno successivo all'intervento, se non vi sono complicazioni, sarà dimesso, e potrà iniziare a camminare liberamente, salvo altre indicazioni, quali utilizzo di tutore o divieto di carico. Potrà riprendere la sua normale attività anche lavorativa nei giorni successivi all'intervento.
- Visita di controllo e medicazione della ferita chirurgica dopo sette giorni.
- Rimozione punti di sutura dopo 15 giorni e ripresa di un'attività' fisica più intensa.
- Nei giorni successivi all'intervento, dovrà comunque eseguire dei semplici esercizi per il rinforzo della muscolatura, che troverà descritti dettagliatamente nell'opuscolo che Le forniremo dopo l'intervento.

POSTOPERATORIO: REVISIONE UNICO TEMPO CHIRURGICO O II° TEMPO

Tutte le informazioni concernenti il periodo postoperatorio sono descritte in maniera dettagliata nell'apposito opuscolo e non sono dissimili dai tempi previsti per una ricostruzione del legamento crociato anteriore.

Augurandomi che questo opuscolo Le sia stato utile, la informo che sia io sia i miei collaboratori siamo a sua completa disposizione per ogni ulteriore chiarimento.