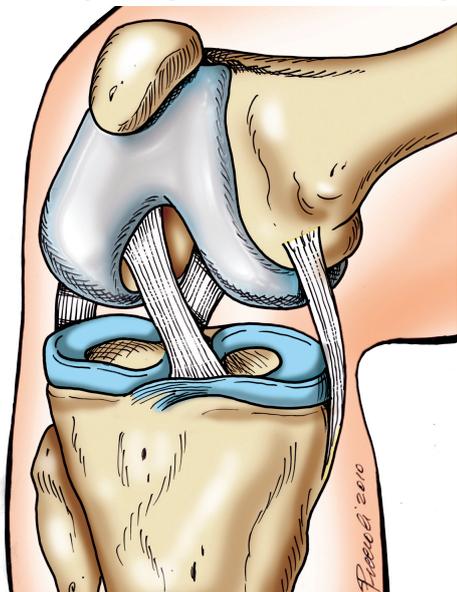


RICOSTRUZIONE DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE

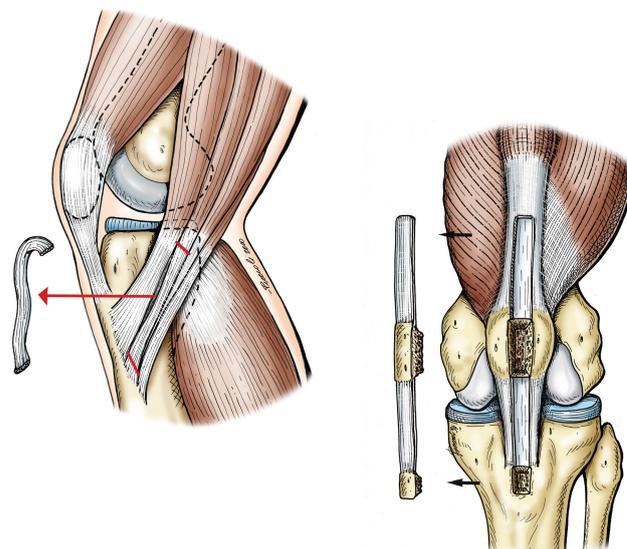


GENTILE SIG.RA/RE,

LA CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE HA SUBITO NELL'ULTIMO DECENNIO NUMEROSI CAMBIAMENTI, SIA PER LA MIGLIORE CONOSCENZA CLINICA SIA PER UNA MIGLIORE COMPrensIONE DEI PROCESSI RIABILITATIVI. CON QUESTO OPUSCOLO INTENDIAMO PERMETTERLE UNA PIÙ COMPLETA COMPrensIONE DELL'INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE E DI MEGLIO PREPARARLA AL PROTOCOLLO RIABILITATIVO POSTOPERATORIO A CUI SI DOVRÀ SOTTOPORRE.

IL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE

IL GINOCCHIO ESEGUE MOVIMENTI DI ROTAZIONE E DI FLESSO-ESTENSIONE ED I LEGAMENTI PARTECIPANO AL CONTROLLO DEL MOVIMENTO CONNETTENDO LE DUE ESTREMITÀ OSSEE (IL FEMORE E LA TIBIA), FORNENDO UNA STABILITÀ AL GINOCCHIO. UNA DISTORSIONE PUÒ DETERMINARE LA LESIONE O ROTTURA, (I TERMINI SONO SINONIMI!), DEL LCA. UNA DECELERAZIONE IMPROVVISA (STOP IN CORSA) O UN BRUSCO MOVIMENTO ROTATORIO (CAMBIO DI DIREZIONE O RICADUTA DA UN SALTO) SONO I MECCANISMI TRAUMATICI PIÙ FREQUENTI DI UNA LESIONE O ROTTURA DEL LCA. UN RUMORE, TIPO "CRACK", LA PRESENZA DI DOLORE, L'INSTABILITÀ CON LA SENSAZIONE "DEL GINOCCHIO CHE SI SPOSTA", LE DISTORSIONI RIPETUTE ED IL GONFIORE, SONO I TIPICI SINTOMI DI UNA LESIONE ACUTA O CRONICA DEL LCA. OLTRE ALLA PERDITA DELLA STABILITÀ ARTICOLARE, LE LESIONI DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE POSSONO CAUSARE DANNI AD ALTRE STRUTTURE ARTICOLARI, COME AD ESEMPIO I MENISCHI, LA CARTILAGINE ARTICOLARE ED I LEGAMENTI COLLATERALI. TALI LESIONI SONO TANTO PIÙ GRAVI QUANTO PIÙ LA LESIONE LEGAMENTOSA È DI VECCHIA DATA. ALCUNI SOGGETTI HANNO LA POSSIBILITÀ DI COMPENSARE LA ROTTURA DEL LCA CON UN TRATTAMENTO NON-CHIRURGICO MODIFICANDO LE PROPRIE RICHIESTE FUNZIONALI O L'ATTIVITÀ SPORTIVA, ALTRI SOGGETTI VANNO INCONTRO A RIPETUTI EPISODI DI INSTABILITÀ DURANTE L'ATTIVITÀ SPORTIVA O ANCHE NELLA VITA GIORNALIERA. IL TRATTAMENTO CHIRURGICO È INDICATO IN TUTTI I SOGGETTI GIOVANI E IN SOGGETTI MOTIVATI CHE PRATICANO SPORT O ATTIVITÀ VIGOROSE ANCHE IN ETÀ ADULTA. LE PROSPETTIVE DI UN INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE SONO DI RECUPERARE LA STABILITÀ DEL GINOCCHIO, SIA STATICA CHE DINAMICA, COMPROMESSA CON L'INFORTUNIO, DI RESTITUIRE UN GRADO DI MOVIMENTO PRESSOCHÉ COMPLETO E DI CONSENTIRE UN PRECOCE RITORNO ALL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE E SPORTIVA.



L'INTERVENTO CHIRURGICO

LA RICOSTRUZIONE DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE È ESEGUITA AL FINE DI RIPRISTINARE LA STABILITÀ ARTICOLARE. INFATTI, LA ROTTURA, DEL LEGAMENTO NON TENDE A GUARIGIONE ED È QUINDI NECESSARIA UNA "RICOSTRUZIONE" DEL LEGAMENTO. IN REALTÀ NON SI ATTUA UNA VERA E PROPRIA RICOSTRUZIONE, POICHÉ IL LEGAMENTO, UNA VOLTA ROTTO, DEVE ESSERE SOSTITUITO CON UN TRAPIANTO TENDINEO. PUÒ ESSERE UTILIZZATO UNA PORZIONE DEL TENDINE DELLA ROTULA O IN

ALTERNATIVA I DUE TENDINI DEI MUSCOLI FLESSORI (TENDINE DEL MUSCOLO SEMITENDINOSO E MUSCOLO GRACILE). NON VI SONO DIFFERENZE NELL'IMPIEGO DEI DUE TENDINI IN TERMINI DI STABILITÀ E LA SCELTA DEL TRAPIANTO È CONDIZIONATA DA MOLTEPLICI FATTORI ED IL DECORSO POSTOPERATORIO È QUASI IDENTICO NEI DUE CASI. IL TENDINE È TRAPIANTATO NEL GINOCCHIO ATTRAVERSO DEI FORI OPPORTUNAMENTE PRATICATI NELLA TIBIA E NEL FEMORE E FISSATO



PROBLEMI POSTOPERATORI

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 RISCOVRETE 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 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, 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. 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. PER QUALSIASI INFORMAZIONE DI NATURA AMMINISTRATIVA INERENTE ALLA DEGENZA PUÒ CONTATTARE DIRETTAMENTE L'AMMINISTRAZIONE DELLA CASA DI CURA.

IN ATTESA DELL'INTERVENTO

GLI ESAMI PREOPERATORI POSSONO ESSERE EFFETTUATI PRESSO STRUTTURE O SPECIALISTI DI SUA FIDUCIA, O DIRETTAMENTE PRESSO LA CASA DI CURA. NEL CASO LEI SIA IN POSSESSO DI ESAMI EFFETTUATI IN PRECEDENZA, QUESTI POSSONO ESSERE RITENUTI VALIDI PURCHÉ NON ANTECEDENTI TRE MESI LA DATA DELL'INTERVENTO.

GLI ESAMI PREOPERATORI NECESSARI SONO:

- EMOCROMO COMPLETO CON FORMULA
- PIASTRINE
- V.E.S.
- CREATINEMIA
- TRANSAMINASI
- AZOTEMIA
- GLICEMIA
- COLINESTERASI
- C.P.K.
- PT, PTT, FIBRINOGENO, ELETTROLITI
- GRUPPO SANGUIGNO
- ESAME URINE
- HBSAG, HCV
- ESAME RADIOGRAFICO DEL TORACE CON REFERTO
- ESAME RADIOGRAFICO DEL GINOCCHIO
E/O ANALOGO ACCERTAMENTO RADIOLOGICO (RMN O TAC)
- ESAME ELETTROCARDIOGRAFICO E VISITA CARDIOLOGICA.

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 PRECEDENTEMENTE 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.** PRIMA DELL'INTERVENTO DOVRÀ ESEGUIRE UNA VALUTAZIONE FUNZIONALE MUSCOLARE ED ARTROMETRICA PRESSO IL LABORATORIO DI VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLA CASA DI CURA. 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 MIEI ASSISTENTI 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. QUESTA ULTIMA CONSENTE ANCHE UNA VALIDA ANALGESIA POSTOPERATORIA PER LE PRIME 24-48 ORE. 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 CONCORDELLERÀ 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 ANESTESIOLOGICA 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. TUTTE LE INFORMAZIONI CONCERNENTI IL PERIODO POST-OPERATORIO SONO DESCRITTE DETTAGLIATAMENTE IN UN OPUSCOLO CHE LE SARÀ CONSEGNATO ASSIEME ALLA VIDEOREGISTRAZIONE DELL'INTERVENTO. IL GIORNO DEL RICOVERO LE CONSEGNEREMO ANCHE UNA VIDEOCASSETTA ILLUSTRANTE LE PRINCIPALI FASI E GLI ESERCIZI DEL PROTOCOLLO RIABILITATIVO. NEL RIEPILOGO TROVERÀ RIASSUNTE SOLO LE PRINCIPALI FASI RIABILITATIVE ONDE CONSENTIRLE UNA PROGRAMMAZIONE DELLA SUA ATTIVITÀ.

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 AFFITTATO IN CLINICA. POTRÀ INIZIARE A CAMMINARE CON L'AUSILIO DI BASTONI CANADESI APPOGGIANDO IL PIEDE SIN DAL SECONDO GIORNO POSTOPERATORIO. I BASTONI CANADESI POSSONO ESSERE RIMOSI APPENA RAGGIUNGERÀ LA NECESSARIA SICUREZZA NELLA DEAMBULAZIONE. UN FISIOTERAPISTA DELLA CLINICA 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 TERZO GIORNO POSTOPERATORIO, LA DIMISSIONE DALLA CASA DI CURA AVVERRÀ NELLE PRIME ORE DEL MATTINO. UN MIO COLLABORATORE PROVVEDERÀ A FORNIRLE LE ULTERIORI PRESCRIZIONI MEDICHE E FISIOTERAPICHE. AL QUINDICESIMO GIORNO DALL'INTERVENTO, DURANTE LA VISITA DI CONTROLLO VERRANNO RIMOSI 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 FINO AL SESTO MESE DURANTE LE VISITE DI CONTROLLO CHE SARANNO EFFETTUATE DA ME O DAI MIEI COLLABORATORI. 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 FINO 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.

RIEPILOGO DEI TEMPI POSTOPERATORI

1° GIORNO: TERAPIA ANTIBIOTICA ED ANTALGICA.
2° GIORNO: RIMOZIONE DEI DRENAGGI E DEI CATETERI ANESTESIOLOGICI, MEDICAZIONE E POSIZIONAMENTO DEL TUTORE, INIZIO DELLA GINNASTICA PASSIVA CON KINETECH. DEAMBULAZIONE CON CARICO COMPLETO E SE TOLLERATO SENZA BASTONI CANADESI.
3° GIORNO: DIMISSIONE DALLA CLINICA.
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'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 5°- 6° MESE: RIPRESA DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA.

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.