

Le indicazioni chirurgiche: i tempi dell'intervento

Paolo Rossi, Rainero Del Din, Marco Assom, Filippo Castoldi, Federico Dettoni

*Divisione Universitaria di Ortopedia e Traumatologia; Dir.: Prof. Paolo Rossi
Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino Largo Turati, 62 - 10128 TORINO*

E' ormai un dato consolidato che le tecniche operatorie di ricostruzione del crociato anteriore offrono oggi buoni risultati funzionali; ancora si discute, invece, sull'indicazione e la tempistica d'intervento dal momento del trauma.

I dati clinici forniscono un quadro dell'instabilità del ginocchio, l'imaging e in particolare l'artroscopica diagnostica, suggerita da alcuni autori, consentono di individuare e quantificare la lesione con buona affidabilità. Alcuni autori ritengono che l'indicazione non debba dipendere solo da questi dati, poiché è accertato che nel 70% dei casi, grazie all'utilizzo di tutori e di una adeguata fisioterapia riabilitativa, sia possibile un rapido ritorno all'attività sportiva precedente al trauma [1]. L'indicazione alla ricostruzione del LCA viene più correttamente data in base alle richieste funzionali e al grado di collaborazione del paziente, e soprattutto al grado di instabilità articolare [2].

Due gruppi di pazienti vengono presi in considerazione: atleti, professionisti o semiprofessionisti con alte esigenze sportive, e pazienti amatoriali.

Daniel individua come indice per la scelta del trattamento il numero di ore annue di attività sportiva di I livello (basket, calcio etc.) e II livello (sci, tennis, baseball) nel periodo precedente al trauma senza distinguere atleti professionisti da atleti amatoriali [3].

Per molti la ricostruzione in acuto viene indicata in pazienti con altissima richiesta funzionale (atleti professionisti), mentre il trattamento non chirurgico va attuato in tutti gli altri casi, a prescindere dai dati clinici e dalla presenza di lesioni legamentose o meniscali, riservando successivamente il trattamento chirurgico ai casi in cui persistano frequenti cedimenti e dolore [4].

Definendo "acuto" il primo mese dopo il trauma, alcuni sconsigliano una terapia chirurgica precoce preferendo attendere la risoluzione dei processi infiammatori e prediligono il recupero fisioterapico mirato al mantenimento e recupero del R.O.M. e del tono muscolare.

Altri autori consigliano la ricostruzione entro le 60 ore dal trauma sostenendo che ciò non influisce sulla eventuale limitazione funzionale postoperatoria [5].

Il trattamento va attuato per tutti i pazienti nel periodo subacuto, cioè quello compreso tra 1 e 10 mesi dal trauma; con questa tempistica vengono scongiurati sia i rischi legati ad un trattamento eccessivamente precoce (artrofibrosi e difficoltà di recupero del tono muscolare), sia quelli legati alla cronicizzazione della lesione (dolore femoro-rotuleo e lesioni condrali)[6].

Negli atleti amatoriali qualora sia sufficiente e soddisfacente l'utilizzo di un tutore associato ad una buona preparazione muscolare, non vi è indicazione alla ricostruzione. Se peraltro insorgono complicanze quali versamenti, cedimenti frequenti nonostante l'utilizzo del tutore, patologie meniscali o condrali conseguenti all'instabilità, la ricostruzione è necessaria.

L'età non è fattore discriminante circa le indicazioni al trattamento chirurgico anche se nei soggetti con età inferiore ai 17 anni si è più aggressivi; così come oltre i 45 anni la cautela si impone [7]. Le gravi instabilità con cedimenti articolari presenti nella comune attività di relazione quotidiana vanno comunque trattate.

Da ricordare che il 20% delle lesioni del LCA non hanno conseguenze sulla stabilità del crociato tali da generare cedimenti e quindi danni articolari.

Il parametro soggettivo del cedimento funzionale confortato dalla clinica deve rimanere l'unico elemento che conduce all'indicazione di una ricostruzione legamentosa [8].

Bibliografia

1. W.R. Shelton, G.R. Barrett, A. Dukes. Early season anterior cruciate ligament tears. A treatment dilemma. Am J Sports Med. 23(6): 746-50, 1997.

Il ritorno allo Sport dopo la ricostruzione del LCA: *quando, come e perché*

2. K.D. Shelbourne, D.A. Foulk. Timing of surgery in acute anterior cruciate ligament tears on the return of quadriceps muscle strength after reconstruction using an autogenous patellar tendon graft. *Am J Sports Med.* 23(6): 686-9, 1995.
 3. D.M. Daniel, M.L. Stone, B.E. Dobson, D.C. Fithian, D.J. Rossman, K.R. Kaufman. Fate of the ACL-injured patient. A prospective outcome study. *Am J Sports Med.* 22(5): 632-44, 1994.
 4. S.A. Wasilewski, D.J. Covall, S. Cohen. Effect of surgical timing on recovery and associated injuries after anterior cruciate ligament reconstruction. *Am J Sports Med.* 21(3): 338-42, 1993.
 5. R Berbig, P. Rillman. Operationszeitpunkt bei der vorderen Kreuzbandruptur. Beeinflussung der Arthrosefibrose rate und der Arbeitsunfähigkeit durch akute oder sekundäre Operationen. *Unfallchirurg* 103(9): 726-30, 2000.
 6. K.D. Shelbourne, J.H. Wickens, A Mollabashy, M. DeCarlo. Arthrofibrosis in acute anterior cruciate ligament reconstruction. The effect of timing of reconstruction and rehabilitation. *Am J Sports Med.* 19(4): 332-36, 1991.
 7. A.E. Pressman, R.M. Letts, J.G. Jarvis. Anterior cruciate ligament tears in children: an analysis of operative versus nonoperative treatment. *J Pediatr Orthop* 17(4): 505-11, 1997.
 8. J.N. Insall, N.W. Scott. *Surgery of the knee.* Churchill Livingstone, 1984.
-