

INDICAZIONI IN PRESENZA DI LESIONI ASSOCIATE

Riccardo Minola

La presenza di una lesione condrale associata ad una nota lesione acuta capsulo-legamentosa è un evento abbastanza frequente: dal 5 al 30 % a seconda delle varie casistiche.

L'indicazione al trattamento è solitamente dipendente da alcuni fattori prognostici come l'età del paziente, la localizzazione e le dimensioni della lesione; l'attività del soggetto ("high o low demand"), la presenza di lesione associata meniscale (e se quest'ultima è riparabile o meno); il morfotipo (varo o valgo); secondo la nostra esperienza, tuttavia, l'algoritmo diagnostico per la guida al trattamento non può prescindere dal fattore tempo, determinante, cioè se si tratta di lesione acuta o cronica.

In caso di lesione acuta, la patologia cartilaginea può essere accompagnata ad una lesione capsulo-legamentosa (in particolare del LCA) e/o meniscale, quest'ultima è spesso riparabile mediante sutura. Il nostro atteggiamento in questi casi prevede il trattamento della lesione principale: ricostruzione legamentosa e sutura del menisco leso; l'atteggiamento nei confronti della lesione cartilaginea prevede o l'astensione dal trattamento in caso di piccola frattura da taglio della sola cartilagine fino alla "Mesenchymal cells stimulation" mediante microfratture (secondo Steadman), nei casi di lesione osteocondrale o condrale maggiore di 2 cm quadrati. La lesione osteocondale di dimensioni minori di 2 cm quadrati viene da noi trattata, nel caso di lesione del LCA associata, con uno o due "plug" dopo prelievo di cilindretto osteocondrale da una regione articolare non in carico.

Nel post-operatorio in generale incrementiamo la guarigione spontanea della lesione (già favorita dall'emartro causato dal trattamento associato) mediante viscoterapia e terapia fisica. La riabilitazione post-operatoria viene scarsamente modificata dalla lesione cartilaginea, con benefici specie per il paziente sportivo. Nel caso invece di lesione cronica, l'algoritmo di trattamento è più complicato: si tratta infatti di una situazione di fallimento dello "spontaneous healing" precedentemente descritto, con articolazioni a volte già sottoposte ad un trattamento di stimolazione delle cellule mesenchimali o ad altro trattamento più invasivo. Un'altra complicazione è spesso rappresentata dalla presenza di una lesione meniscale di vecchia data sul versante della lesione condrale: l'assenza del menisco e delle sue caratteristiche di ammortizzatore dei carichi rende spesso il trattamento della cartilagine prognosticamente sfavorevole.

Il nostro approccio preferito, in genere, riguarda il trattamento in prima battuta della lesione associata o del difetto di allineamento, se la lesione è sul versante del sovraccarico: osteotomia e ricostruzione del LCA (o del legamento lesionato) oppure, meno di frequente, rigenerazione meniscale mediante "scaffold" biologici impiantati (in frequente associazione con la ricostruzione del LCA); anche qui trattiamo la lesione della cartilagine con microfratture, viscoterapia e cure fisiche a distanza. Anche in questi casi noi contiamo che la variazione dell'asse di carico, la neo-stabilità articolare oppure la rigenerazione del menisco, associata alla stimolazione delle cellule mesenchimali, possano ricreare una fibrocartilagine funzionale e non dolorosa. Il trattamento prevede però tempi di recupero medio-alti e non è compatibile, negli sportivi, con le esigenze di recupero di questi pazienti. In caso di fallimento del trattamento, passiamo al trattamento esclusivo della lesione condrale, con preferenza verso l'innesto osteocondrale "allograft". Nei casi di lesione solo cartilaginea (senza difetto dell'osso subcondrale), impieghiamo gli innesti autologhi di condrociti con supporto di acido ialuronico ("Hyalograft"), che apprezziamo per la sua semplicità ed applicabilità in artroscopia. Anche in questo caso, la riabilitazione post-operatoria non è compatibile con la velocità di ritorno all'attività tipica degli sportivi.
