

COME AFFRONTARE LE COMPLICANZE

Giancarlo Coari

La cartilagine articolare rappresenta un sistema quasi ideale privo di attrito che si mantiene per molti anni, ma, sfortunatamente, i processi di riparazione non sono sufficienti.

Nelle lesioni a tutto spessore, la riparazione avviene con la formazione di un tessuto fibrocartilagineo dalle caratteristiche biomeccaniche diverse: sembra “buono” ma è sempre un tessuto “sbagliato” poiché diverse sono le sue caratteristiche biomeccaniche.

Il meglio che noi siamo capaci di fare è “riparare” la cartilagine con tessuto simile che non ne riproduce le peculiari caratteristiche di struttura, funzione e composizione; mentre “rigenerare” è una cosa diversa, vuol dire formare vera cartilagine ialina.

Infatti riteniamo che il trattamento delle lesioni cartilaginee sia da vedere come una “sfida”, poiché la struttura della cartilagine articolare è unica, abbiamo a che fare spesso con pazienti attivi con grandi aspettative di guarigione, la etiologia è differente (traumatica, osteocondrite dissecante, iniziale osteoartrosi), i sintomi sono spesso imprevedibili e la storia naturale poco conosciuta, ed infine varie sono le procedure chirurgiche con diversi risultati e breve F.U.

Inoltre rimangono diversi quesiti ancora aperti: chi ha bisogno di chirurgia e quando? Quali procedure chirurgiche attuare? Quali sono le indicazioni ed i limiti delle diverse tecniche? Quali complicanze e quali risultati?

Le lesioni ideali che dovrebbero essere trattate sono:

- lesioni traumatiche non degenerative in pazienti attivi < 50 anni;
- lesioni > 1 cm² in zone di carico dei condili;
- lesioni sintomatiche di 3°- 4° grado;
- lesioni asintomatiche in pazienti attivi durante esecuzione di altra chirurgia (osteotomie, ricostruzioni LCA);
- fallimenti di trattamenti precedenti.

Il nostro algoritmo di trattamento è il seguente:

Lesioni < 2 cm²

Lesioni di 2°-3° grado		Debridment
Lesioni di 3°-4° grado	< 40 anni	Microfratture poi eventuali innesti osteocondrali o trapianto di condrociti
	> 40 anni	Innesti osteocondrali, in caso di fallimento trapianto di condrociti

Lesioni > 2 cm²

Microfratture (risultati scarsi nei pazienti > 40 anni o nelle lesioni > 3 cm²).

Trapianto di condrociti (se < 3 cm² innesti osteocondrali) ed in caso di fallimento, innesto con Allograft.

L'aspetto riabilitativo del trattamento delle lesioni condrali è un problema molto importante ed è importante sottolineare come soltanto attraverso una perfetta integrazione fra chirurgo e fisiatra si possano raggiungere seri obiettivi.

La riabilitazione di successo richiede la conoscenza di:

- Biologia della cartilagine articolare.
- Situazioni specifiche variabili (natura, sede, estensione e profondità del difetto).
- Procedimento chirurgico esatto.
- Variabili specifiche del paziente (età, lavoro, sport).

Inoltre è necessaria una visione d'insieme della riabilitazione relativamente al problema del carico, della importanza della funzione articolare, della forza muscolare e del decorso post-operatorio con le sue eventuali complicanze o insuccessi.

Il trattamento delle lesioni cartilaginee nello sportivo

Le complicanze possono essere

- intraoperatorie,
- perioperatorie,
- tardive.

Focalizziamo la nostra attenzione su quelle peri-operatorie e tardive che, a loro volta, possono essere divise in generiche, cioè comuni a tutte le procedure chirurgiche in particolare artroscopiche (infezione, patologia venosa, rigidità articolare), e specifiche, cioè legate al tipo di procedimento chirurgico attuato. Ma come ci aspettiamo un decorso post operatorio?

Questo dipende dal tipo di lesione, dal tipo di procedura chirurgica attuata e dalla fase riabilitativa nella quale ci troviamo.

Nelle prime due fasi, di protezione e transizione, le eventuali complicanze sono quasi sempre le stesse: dolore, ematoma, versamento, difficoltà articolare.

Ma questi fenomeni possono essere anche considerati, entro certi limiti, fisiologici: ecco che si ripresenta così l'importante lavoro di integrazione fra chirurgo e fisiatra nella precisa identificazione dei limiti fra decorso normale e complicanza.

Nel caso di un trattamento con la tecnica delle microfratture, queste sono le uniche complicanze possibili, ma se trattiamo un caso di innesto osteocondrale oltre all'ematoma, è possibile avere dolore in sede di prelievo, la formazione di corpi liberi, le conseguenze di errori di tecnica chirurgica come la frattura dell'innesto, l'innesto inserito con errata angolazione o il danneggiamento del sito di prelievo.

Questo comporta un intenso lavoro sinergico fra chirurgo e fisiatra per la valutazione attenta del tipo di problema e della sua eventuale soluzione, attraverso esami diagnostici e spesso mediante una seconda artroscopia per correggere i problemi.

Nel caso di trapianto di condrociti la complicanza più temibile è rappresentata dalla rigidità articolare secondaria al secondo intervento artrotomico, che può richiedere una artrolisi artroscopica.

Nella terza e quarta fase riabilitativa di maturazione e recupero il problema della complicanze sfuma in quello dell'insuccesso, cioè quando i sintomi non sono più da imputare al decorso, ma al fallimento della procedura chirurgica.

Nasce così il problema della valutazione dei risultati e del loro controllo: il controllo in risonanza magnetica ci lascia sempre numerosi dubbi ed è quindi frequentemente necessario eseguire second-look artroscopici che sono l'unica vera e affidabile metodica per la valutazione del risultato.

Il problema è quando eseguire una seconda artroscopia:

- nelle tecniche di stimolazione fibrocartilaginea, mai prima di 4-5 mesi;
 - negli innesti osteocondrali, tempi simili, anche se a volte può essere necessario intervenire prima per difetti ed errori di tecnica chirurgica;
 - nei trapianti di condrociti mai prima di 12-16 mesi, a meno di chiari sintomi di insuccesso.
-