



Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a intervento chirurgico in *artroscopia del ginocchio*



Informazioni generali

L'anatomia del ginocchio

I **menischi** sono due strutture fibrocartilaginee, a forma di semiluna, che si trovano a ogni lato del ginocchio (interno ed esterno), interposte tra femore e tibia; hanno la funzione di distribuire il carico su superfici più ampie, proteggere la cartilagine articolare e stabilizzare l'articolazione.

I **legamenti** sono formazioni fibrose che garantiscono stabilità al ginocchio. Nel ginocchio si trovano il crociato anteriore (LCA), il crociato posteriore, i collaterali mediale e laterale.

La **cartilagine** è un tessuto molto resistente che riveste le superfici articolari, rendendole lisce e favorendo lo scorrimento dei capi ossei.

La **rotula** è un osso del ginocchio che facilita l'azione di leva dei muscoli che muovono l'articolazione.

I danni alle strutture

I menischi e i legamenti si possono danneggiare a qualsiasi età, in diversi modi e per svariate cause, molto spesso, comunque, in seguito a un trauma; invecchiamento o traumi ripetuti possono causare l'usura delle cartilagini articolari; talvolta un frammento di cartilagine può staccarsi e rendersi libero dentro l'articolazione (corpo mobile articolare). Analogamente l'invecchiamento o un trauma diretto possono danneggiare la cartilagine rotulea, limitando la motilità del ginocchio. Altre volte si può avere un'irregolare usura della superficie articolare della rotula per alterazioni della meccanica articolare legata a uno spostamento laterale della rotula (malallineamento rotuleo).

La tecnica

L'**artroscopia** permette al Chirurgo di visualizzare, diagnosticare e trattare le patologie **all'interno delle articolazioni**. La parola artroscopia, che deriva dal greco, significa "guardare dentro alle articolazioni".

In un esame artroscopico il Chirurgo fa una piccola incisione nella pelle del Paziente e vi inserisce uno strumento di **pochi millimetri** di diametro, che permette di ingrandire e illuminare l'interno dell'articolazione. Collegando l'artroscopio a una **telecamera miniaturizzata**, è possibile visualizzare le immagini su un monitor e registrare le fasi dell'intervento.

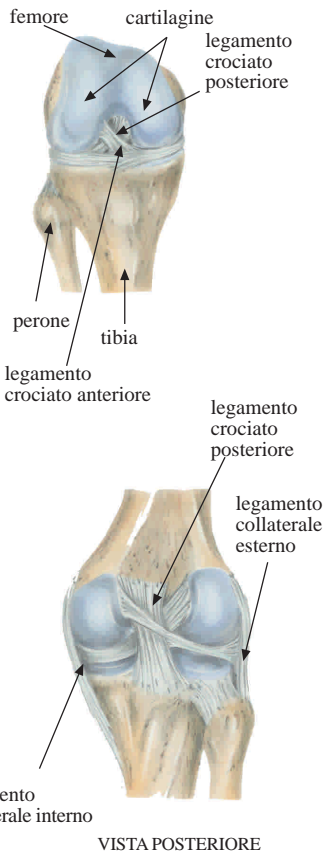
Le articolazioni più frequentemente sottoposte ad artroscopia, oltre al ginocchio, sono la spalla, la caviglia, il gomito, l'anca e il polso.

I trattamenti più comuni

- **Lesioni meniscali:** in funzione del tipo e dell'estensione del danno al menisco, è possibile asportare la parte lesa (meniscectomia selettiva) o, più raramente, ripararla con sutura (meniscorrafia).

- **Lesioni legamentose:** è possibile ricostruire un legamento crociato rotto, per ripristinare la stabilità articolare, con un neolegamento sostitutivo realizzato con tessuto tendineo sano e robusto (innesto) prelevato in prossimità del ginocchio (tendini rotuleo, gracile, semitendineo), oppure con tendini prelevati da donatore o con legamenti sintetici.

- **Patologie delle cartilagini:** con opportuni strumenti si può ottenere la regolarizzazione di una superficie cartilaginea ruvida (condroabrasione). È inoltre possibile asportare un corpo mobile articolare o eseguire un autoinnesto immediato con cilindri cartilaginei del Paziente (o da donatore), oppure prelevare un frammento di cartilagine sana per poterla in seguito trapiantare.





• **Patologie della rotula:** per rendere liscia la superficie articolare, l'Ortopedico può regolarizzare la cartilagine al di sotto della rotula. Se esistono problemi di malallineamento della rotula, si può tagliare il tessuto che la mantiene fuori sede per via artroscopica.

Informazioni per il Paziente

Le tecniche artroscopiche riducono al minimo il trauma sulle articolazioni e consentono tempi di ricovero molto brevi; numerosi interventi vengono eseguiti in regime **day hospital** o richiedono al massimo **una notte** di degenza.

L'intervento può essere eseguito in anestesia **generale, spinale** o **loco-regionale**. Preferibilmente viene utilizzata l'anestesia loco-regionale, in quanto necessita di minori quantità di farmaci, è gravata da un minor numero di complicanze e contribuisce a una buona analgesia (= *soppressione del dolore*) postoperatoria. Tuttavia la scelta del tipo di anestesia viene fatta al termine della valutazione anestesiológica preoperatoria, è strettamente individuale, legata alle condizioni psico-fisiche del paziente, al tipo di intervento e all'esito degli accertamenti preoperatori eseguiti.

Prima dell'intervento viene eseguita una **profilassi "antitrombotica"**, iniettando sottocute (nella pancia o nella coscia) una dose di farmaco anticoagulante (eparina a basso peso molecolare) che viene somministrata quotidianamente per tutto il periodo della degenza e per altre 2-3 settimane a domicilio. La pratica è indicata perché è dimostrato che gli interventi ortopedici espongono il Paziente ad alto rischio di tromboflebiti agli arti inferiori (a causa della prolungata immobilità). A sua volta la tromboflebite può essere causa di embolia polmonare, una grave complicanza che può mettere a rischio la vita del Paziente. All'inizio dell'anestesia viene somministrato un antibiotico (**profilassi antibiotica**), per prevenire l'insorgenza di infezioni postoperatorie.

L'**artroscopio** viene introdotto attraverso una piccola incisione, delle dimensioni di 4/5 mm; altri piccoli forellini (due o tre) consentono l'inserimento degli ulteriori strumenti chirurgici. In caso di interventi di ricostruzione del LCA è necessario praticare anche un'incisione nel sito di prelievo. Mentre le **cicatrici** dovute agli accessi artroscopici con il tempo diventano pressoché invisibili, la cicatrice dovuta all'eventuale incisione nel sito di prelievo rimane visibile, soprattutto se si è scelto di prelevare il tendine rotuleo: questo tipo di prelievo comporta una cicatrice verticale di circa 4-5 cm sulla superficie anteriore del ginocchio, subito sotto alla rotula. Dopo l'intervento di artroscopia, il ginocchio viene fasciato per alcune ore; in caso di plastica del LCA viene posizionato un drenaggio (= *tubo di silicone che ha lo scopo di consentire la fuoriuscita di sangue o altri liquidi dalla sede di intervento*), rimosso dopo 24 ore. Al termine dell'operazione, il Paziente deve rimanere a letto con l'arto sollevato; dopo alcune ore si può alzare in piedi. All'inizio il carico sull'arto operato può determinare **dolore e sensazione di instabilità**. Per mantenere l'arto operato in scarico e ridurre i disagi, può essere necessario l'**uso delle stampelle**. Nei primi giorni successivi all'intervento, è normale che il ginocchio sia dolente e un po' gonfio, sintomi che si attenuano con il passare dei giorni. Per ridurre il gonfiore e il dolore è utile, almeno nei primi giorni, porre sul ginocchio una **borsa del ghiaccio** per 20-30' minuti alcune volte al giorno.

Le piccole ferite chirurgiche impiegano circa 10 giorni a guarire: la medicazione confezionata in sala operatoria viene generalmente rimossa il giorno dopo l'intervento e vengono applicati dei cerotti adesivi.

Per il completo recupero funzionale è indispensabile eseguire uno specifico programma di **rieducazione funzionale**, in grado di accelerare la guarigione e prevenire danni futuri.



Rischi generici

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

Rischi specifici

Complicanze intraoperatorie:

- lesione di un vaso sanguigno che decorre nelle vicinanze dell'articolazione;
- lesione di un nervo adiacente all'articolazione;
- rottura dello strumentario; questa evenienza non compromette l'esito dell'intervento, però può rendere necessaria un'artrotomia (incisione con apertura dell'articolazione)

Complicanze postoperatorie:

- versamento ematico (sangue che ristagna) o infiammazione dell'articolazione;
- infezione intrarticolare, per la quale può rendersi necessario un intervento successivo di pulizia articolare;
- trombosi venosa profonda (che in casi rarissimi può determinare un' embolia polmonare), favorita dall'immobilizzazione dell'arto;
- intolleranza ai materiali di impianto (metallici o riassorbibili) e alle suture impiegati;
- rigidità articolare dovuta alla formazione di aderenze (specie se vi è un ritardo negli esercizi di riabilitazione); si intende con questo termine un certo grado di perdita della capacità di flettere e/o estendere il ginocchio; generalmente si tratta di un fenomeno temporaneo che va contrastato con l'intensificazione del protocollo riabilitativo. Nei casi più gravi può richiedere successivi trattamenti chirurgici, quali manovre di mobilizzazione articolare, artrolisi artroscopica, artromiolisi;
- residua instabilità da secondario allentamento (o rottura) del neolegamento in caso di plastica del LCA.