A CURA DEL **DOTT. ALBERTO GOBBI** info@oasiortopedia.it

# Come intervenire nel caso di recidività

## LA RI-ROTTURA DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE

**La lesione del legamento crociato anteriore nello sport, in particolare nel fuoristrada, è purtroppo un'evenienza relativamente frequente.** Le alte velocità, i salti, i possibili movimenti torsionali del ginocchio rendono questa struttura anatomica a elevato rischio di rottura. Sono molti anni che gli ortopedici di tutto il mondo si incontrano e discutono circa le migliori tecniche di riparazione o ricostruzione del legamento crociato anteriore, una lesione così frequente negli sportivi, soprattutto nelle ragazze, che hanno una incidenza tre volte superiore a quella dei maschi.
Una buona muscolatura, l'adozione di specifici programmi di allenamento e l'uso di ginocchiere protettive possono ridurre l'incidenza traumatica, ma purtroppo molti piloti in età relativamente giovane hanno subìto la rottura del legamento crociato anteriore e il conseguente intervento ricostruttivo. La nostra rubrica ha già trattato in passato il tema della prevenzione delle lesioni del ginocchio.
Un nostro studio condotto in atleti praticanti il fuoristrada ha dimostrato che circa il 65% dei soggetti operati di ricostruzione del legamento crociato anteriore torna allo sport al medesimo livello che praticava prima dell'infortunio; un 20% prosegue lo sport, ma a un livello inferiore o passa a una disciplina meno pericolosa, e un 15% interrompe l'attività del motocross.
Un 50% dei piloti che riprendono l'attività agonistica adotta tutori protettivi per cercare di ridurre l'eventualità di infortunarsi nuovamente, altri tornano allo sport con la convinzione che un ginocchio operato sia molto più robusto del ginocchio costruito da "madre natura".
Accade inevitabilmente che una parte di questi soggetti subisca nuovi infortuni, a maggior ragione se si tratta di individui giovani: circa il 7%. Spesso queste lesioni interessano anche i menischi e/o la cartilagine rendendo il successivo intervento e i tempi di recupero più lunghi.
Vogliamo oggi affrontare il problema del secondo o successivo intervento di ricostruzione legamentosa del ginocchio e dare qualche consiglio a tutti i piloti che si trovano in questa condizione.

Per il primo intervento ricostruttivo solitamente vengono utilizzati il tendine rotuleo oppure il semitendinoso, talora associato al gracile, prelevati nello stesso ginocchio infortunato; molti studi sono stati pubblicati analizzando vantaggi e svantaggi delle due tecniche nel tentativo di definire quale fosse la migliore ma, a distanza di molti anni e decine di migliaia di interventi, quasi tutti i ricercatori affermano che non vi sono sostanziali differenze a lungo termine.
Quando si parla di un intervento di revisione, subentrano molti fattori e variabili tra cui: l'utilizzo di materiale autologo (dello stesso paziente) o impiego di tendini allogenici (da donatore), possibilità di riutilizzo degli stessi tunnels ossei oppure necessità di creare nuovi passaggi per il neo legamento, magari vicino a quelli precedenti che si sono nel tempo allargati. Molte altre variabili devono essere considerate tra cui la conoscenza della tecnica adottata in precedenza, la presenza di mezzi di sintesi impiegati per la fissazione femorale e tibiale che dovranno essere rimossi poichè possono creare problemi al nuovo innesto ed eventuali patologie associate che dovranno essere trattate nel medesimo intervento.
Partiamo dal primo punto, la scelta dell'innesto: dobbiamo intanto decidere se verrà utilizzato un tendine prelevato dallo stesso paziente o se intendiamo rivolgerci a una banca dei tessuti per ottenere un tendine da donatore (persona deceduta che dona i propri organi). Se dobbiamo prelevare dal paziente, bisogna considerare che se è già stato operato utilizzando il tendine rotuleo, potremo prelevare il semitendinoso o viceversa, alcuni chirurghi impiegano anche il tendine quadricipitale (sopra al ginocchio) ma non lo consiglio nel pilota di motocross. E' stata anche descritta la possibilità di prelevare un tendine dalla gamba sana evitando di indebolire ulteriormente il ginocchio già infortunato, però questa opzione suscita parecchie perplessità in quanto il soggetto alla fine si troverebbe ad avere subìto interventi a entrambe le ginocchia.

**Una opzione più interessante nel caso di reinterventi è quella di utilizzare allograft, ovvero un tendine prelevato fresco e congelato da donatore e impiantarlo nel soggetto infortunato.** Un tempo bisognava ricorrere a società straniere che vendono tessuti umani, mentre ora esistono numerose banche dei tessuti in Italia in grado di fornire i tessuti necessari per i suddetti interventi. E' estremamente importante rivolgersi a banche dei tessuti altamente qualificate poichè devono essere condotte una serie di analisi per verificare l'assenza di malattie trasmissibili nel donatore e il tessuto deve essere accuratamente prelevato, preparato e conservato. Trattandosi di reinterventi che devono essere eseguiti in soggetti giovani e sportivi, è molto importante ottenere tessuti prelevati da individui giovani che purtroppo hanno perso la vita magari in un incidente, ma continueranno in certo modo a vivere all'interno del corpo di un altro ragazzo magari della loro età. L'impiego degli allograft è molto diffuso in USA, meno in Italia ma sta progressivamente aumentando.

### consiglio del mese

IMPORTANTE RICORDARE CHE LA RIABILITAZIONE DEVE ESSERE NECESSARIAMENTE PIÙ LENTA PER CONSENTIRE AL TESSUTO OSPITE DI ESSERE RIABITATO E INTEGRATO NEL CORPO DEL RICEVENTE; SI TRATTA QUINDI DI SEGUIRE UN PROGRAMMA RIABILITATIVO SPECIFICO E DI ASTENERSI DA ATTIVITÀ PERICOLOSE NEI PRIMI MESI ANCHE SE IL SOGGETTO OPERATO SI SENTE APPARENTEMENTE MOLTO BENE, POICHÈ L'INTERVENTO È MOLTO MENO TRAUMATIZZANTE. BISOGNA PERÒ RICORDARE CHE LA NATURA HA I SUOI TEMPI CHE VANNO RISPETTATI.