

quaderni bios - 1

1983

Argomenti di

ortopedia

Editoriale Bios

L'artroscopia nella patologia del ginocchio

C. Carbone, G. Tripodi, F. Marino, G. Barilaro, F. Maglia, G. Topa

Numerose e diverse affezioni traumatiche o degenerative del ginocchio si manifestano con sintomi funzionali non caratteristici e d'incerta interpretazione che, talvolta, non consentono di formulare una precisa diagnosi. Nonostante la recente introduzione di tests semeiologici quanto mai precisi, è aumentata la necessità di utilizzare metodiche diagnostiche strumentali che possono consentire all'ortopedico di evitare un'inutile artrotomia esplorativa.

L'artroscopia è metodica di recente diffusione, nonostante i primi tentativi siano stati effettuati nel 1918 da Kenji Takagi dell'Università di Tokio. Solo nel 1957, infatti, essa ha iniziato ad avere una sua utilizzazione pratica grazie alla messa a punto dell'attrezzatura da parte di Masaki Watanabe, successore di Takagi.

A seguito degli ulteriori e continui perfezionamenti tecnologici di questo ultimo decennio, l'artroscopia ha riconosciuto notevole impulso e diffusione, imponendosi all'attenzione di ortopedici e reumatologi. L'artroscopia è una tecnica solo apparentemente semplice. Prima di tutto, per eseguire una buona artroscopia, bisogna conoscere perfettamente lo strumentario col quale si deve lavorare.

Secondariamente, ci si deve rendere conto che è necessario un periodo di apprendimento tecnico e pratico. Si suole affermare che solo dopo 50 indagini la precisione diagnostica è attendibile ma questo è solo un limite numerico; infatti l'artroscopista si renderà conto che ogni ginocchio osservato fa parte di un nuovo capitolo. Lo strumentario è costituito, oltre che dalla sorgente di luce e dal cavo di fibre ottiche, dai diversi telescopi (0°, 30°, 70° e 120°) caratterizzati ciascuno da una particolare inclinazione del campo di visione.

Un bisturi con lama n. 23, un ago n. 18 e un contenitore da 3 lt di solu-

zione fisiologica, atta alla distensione dell'articolazione da visualizzare, completano lo strumentario.

Noi crediamo che, per avere dei buoni risultati, l'artroscopia debba essere eseguita in maniera standardizzata.

Pratichiamo, dopo aver effettuato l'anestesia generale, un esame dell'apparato capsulo-ligamentoso del ginocchio. Quindi scegliamo, tra le vie d'accesso, quella che più si adatta al caso clinico.

Solitamente la scelta è limitata a due incisioni: una mediale, per l'esplorazione del compartimento laterale e una laterale, per l'esplorazione del compartimento mediale, dell'articolazione femoro-rotulea e dello sfondato sottoquadricipitale.

Gillquist ed Hagberg (1976) hanno descritto una terza via, transtendinea, attraverso il ligamento rotuleo. Questa via permette di esplorare l'intera articolazione con una sola incisione (praticata un centimetro al di sotto dell'apice rotuleo); il corno posteriore del menisco mediale può essere facilmente visualizzato. D'altronde noi crediamo, e in questo siamo d'accordo con Glinz, che la via transtendinea renda molto difficoltosi gli interventi chirurgici artroscopici.

La via laterale permette, da sola, una sufficiente visualizzazione

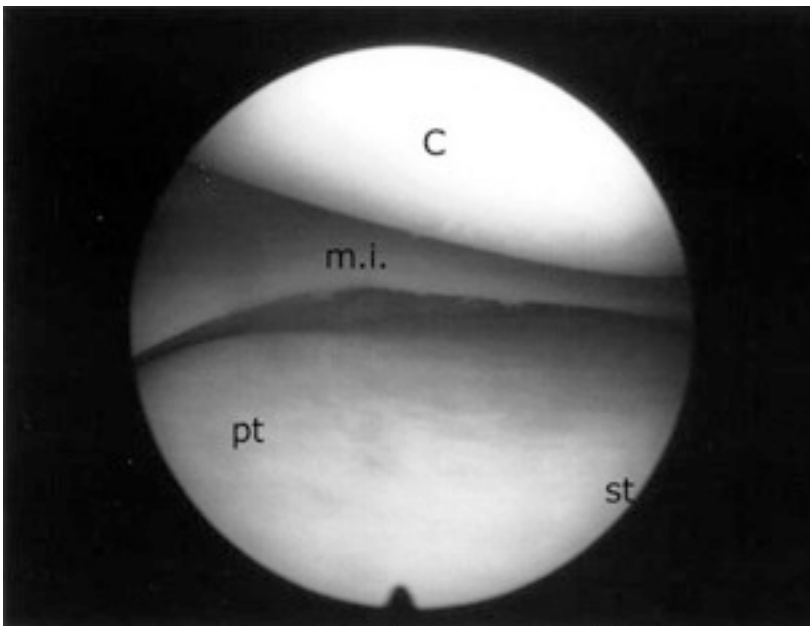


Fig. 1 - c: condilo mediale; mi: menisco interno; pt: piatto tibiale; st: porzione della spina tibiale.

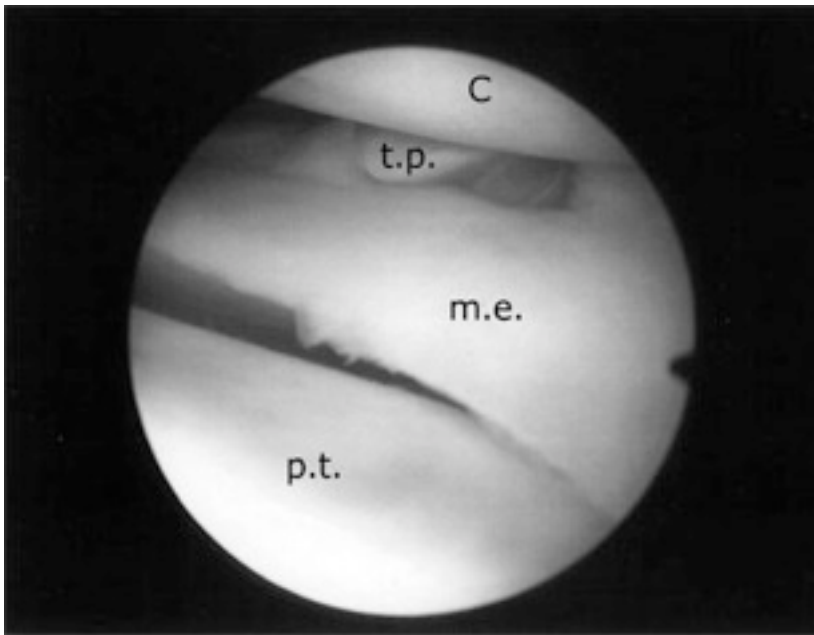


Fig. 2 - e: condilo laterale; me: menisco esterno; pt: piatto tibiale; tp: tendine del muscolo popliteo.

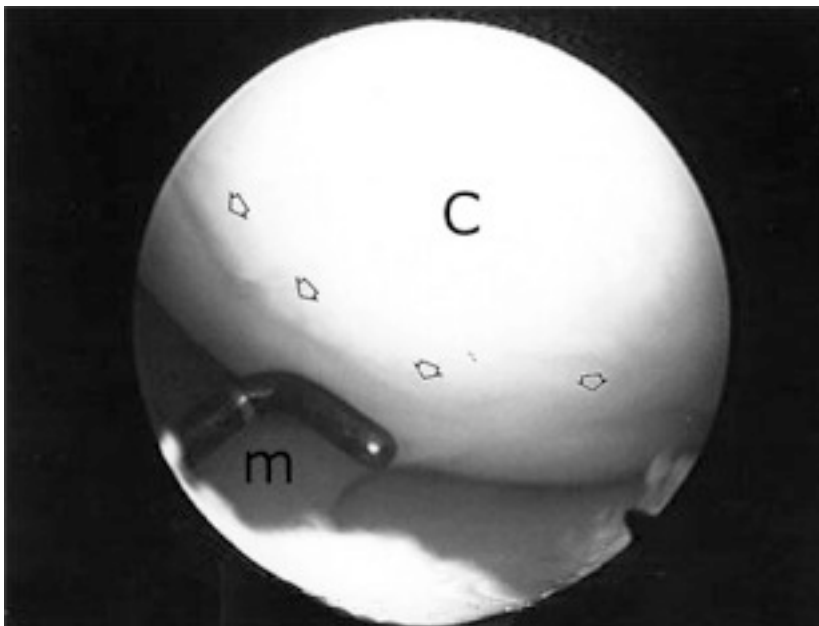


Fig.3 -Osteocondrite femorale - e: condilo; m. menisco.

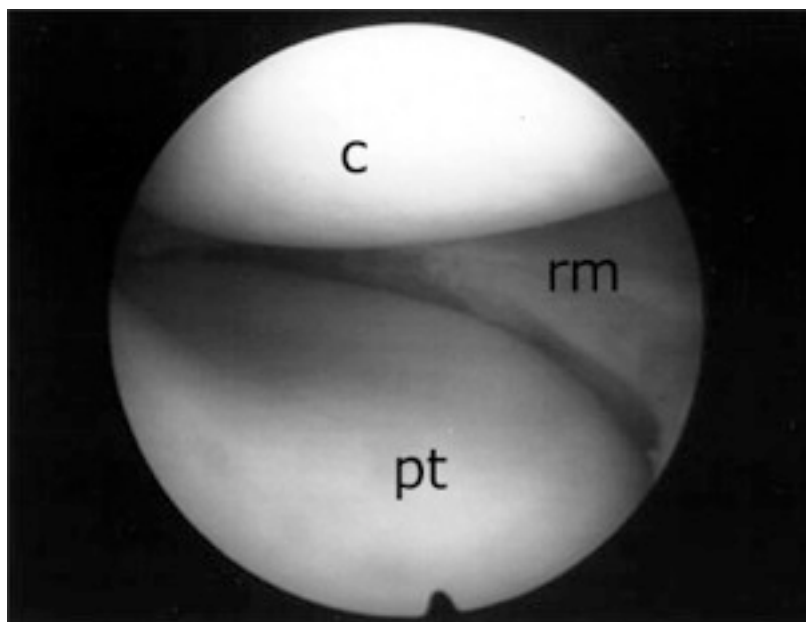


Fig. 4 - Residuo meniscale - e: condilo; rm: residuo meniscale; pt: piatto tibiale.



Fig. 5 - Rottura del legamento crociato anteriore (LCA): si apprezza la porzione distale (tibiale) del lca ripiegata su se stessa.

L'ARTROSCOPIA NELLA PATOLOGIA DEL GINOCCHIO

dell'intera articolazione, allora perché scegliere altre vie?

Le strutture che compongono un compartimento articolare vengono visualizzate meglio dalla via d'accesso opposta. Ciò si apprezza particolarmente nell'esplorazione del corno posteriore dei menischi, nell'ispezione della gola intercondiloidea e del ligamento crociato anteriore che è più completa se eseguita da due differenti angoli di visione. Inoltre la sola ispezione delle strutture intra-articolari è insufficiente in diversi casi, essa dev'essere accompagnata dalla palpazione. A questo scopo viene inserito, attraverso la via d'accesso opposta, un sottile palpatore a punta smussa col quale si palpano le strutture sotto diretto controllo visivo.

Indicazioni

Abbiamo affermato all'inizio che l'artroscopia è una metodica di recente diffusione, conseguentemente le sue indicazioni vanno progressivamente aumentando in numerose affezioni traumatiche e degenerative del ginocchio.

Nelle lesioni meniscali l'artroscopia sostituisce vantaggiosamente l'artrotomia nelle sintomatologie dolorose persistenti dopo meniscectomia ovvero in un dubbio di sede delle lesioni o ancora nelle sindromi mimetiche o pseudomeniscali.

Nelle lesioni acute ligamentose senza instabilità immediata, l'emartro, il dolore e la contrattura muscolare mascherano, il più delle volte, la lesione. De Haven (1980) afferma che l'emartro post-traumatico è una delle migliori indicazioni dell'artroscopia.

Nella patologia acuta o cronica cartilaginea, l'artroscopia è insostituibile per il riscontro di lesioni anche modeste non evidenziabili con metodiche tradizionali (radiografe e artrografia).

I corpi liberi endoarticolari possono essere facilmente rimossi usando il telescopio a mò di siringa.

Anche nella patologia sinoviale l'artroscopia trova delle indicazioni in diagnosi dubbie ovvero nella possibilità di eseguire una biopsia « mirata ».

Conclusioni

L'artroscopia è una metodica che si sta conquistando un suo spazio nella diagnosi e nella cura di diverse affezioni del ginocchio.

C. CARBONE, G. TRIPODI, F. MARINO, G. BARILARO, F. MAGLIA, G. TOPA

Ovviamente ha i suoi limiti: riteniamo che non debba essere considerata «routinaria» e che debba essere eseguita da chirurghi esperti con una perfetta conoscenza dello strumentario. Occorre, quindi, limitare il suo uso alle indicazioni se non si vuole esagerare, come abbiamo già scritto in altre occasioni, con troppo facili entusiasmi che provocherebbero più danni che benefici.

BIBLIOGRAFIA

1. CARBONE C, TRIPODI G., MARINO F. — Possibilità dell'endoscopia nella patologia osteoarticolare, Riunione A.M.C.C. Reggio Calabria 13-11-82 (in stampa).
2. DANDY D. — Arthroscopic surgery of the knee, Churchill Livistone 1982.
3. MARIANI P.P. — Le indicazioni dell'artroscopia diagnostica del ginocchio, Gior. it. ortop. e traum., Voi. Ili, fase. 3, pp. 339-345.
4. GLINZ W. — Diagnostic and operative arthroscopy of the knee joint, Hans Huber Publishers, Bern Stuttgart Vienna, 1980.
5. WATANABE M. — L'artroscopia oggi, « Artroscopia » di Joice, SEU 1981.