

Technical note

La rimozione delle viti a interferenza negli interventi di revisione per la ricostruzione del LCA nel ginocchio.

GC. TRIPODI
Struttura di Chirurgia Artroscopica
Ospedale "Arnaldo Pugliese" – CATANZARO

Gli interventi di revisione per la ricostruzione artroscopia dei legamenti crociati aumentano progressivamente nella casistica di ogni chirurgo artroscopista.

I motivi sono da ricercare nel crescente numero degli interventi di ricostruzione con conseguente relativo aumento percentuale degli insuccessi o dei traumi seguenti all'intervento stesso.

Uno dei maggiori problemi che si presentano durante l'esecuzione delle revisioni è costituito dalla rimozione delle viti metalliche a interferenza nelle ricostruzioni con il tendine rotuleo.

In una buona percentuale dei casi il chirurgo ha difficoltà nel determinare il tipo e la marca delle viti e, conseguentemente, il tipo di cacciavite perfettamente adatto a rimuovere quel particolare modello di vite.

A volte, molti dispositivi non sono più in produzione e un atto chirurgico, già di per se delicato, si complica ulteriormente.

In questa sede desideriamo proporre l'utilizzo di un particolare

strumento che si adatta perfettamente a quasi tutte le viti ad interferenza in produzione e fuori produzione.

È un cacciavite sviluppato dalla ditta statunitense Camcar negli anni 60 e facente parte di un sistema chiamato Torx®. Le viti del sistema Torx® sono caratterizzate da un incavo stellato a sei punte (fig. 1)

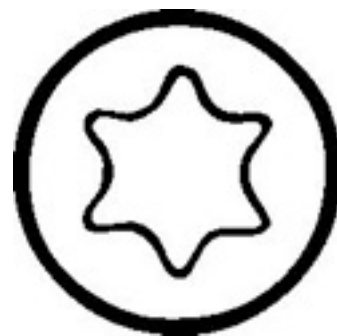


Fig.1

Queste viti vennero progettate per poter essere strette con più forza di una comune vite "a croce". Il relativo cacciavite (fig. 2) è stato disegnato in modo che non scivoli facilmente dalla testa della vite stessa e consenta di

applicare un momento torcente costante e controllato.



Fig. 2

Inoltre, come è ben visibile nella foto, la punta è conica e questo consente al cacciavite di arrestarsi nella testa della vite con quello che oggi chiameremmo un buon press-fit

La vite ebbe grande successo, si diffuse nell'industria e oggi è presente in una infinita serie di motori, strumenti meccanici, telai, elettrodomestici, computers (fu impiegata nei primi Apple come antimanomissione), etc.

Abbiamo notato che la punta dei cacciavite Torx® (disponibili in misure diverse, indicate dalla lettera T seguita da un numero) si adatta perfettamente alle teste di tutte le viti a interferenza più diffuse, comprese quelle con testa esagonale o a brugola, e proponiamo di utilizzarli quando non si conoscono con certezza la marca e il tipo e della vite che andremo a rimuovere dal ginocchio.

Tecnica: dopo aver individuato la testa della vite, durante il preliminare esame

artroscopico, è opportuno liberarla dal tessuto fibroso che potrebbe ricoprirla interamente o parzialmente (fig. 3).

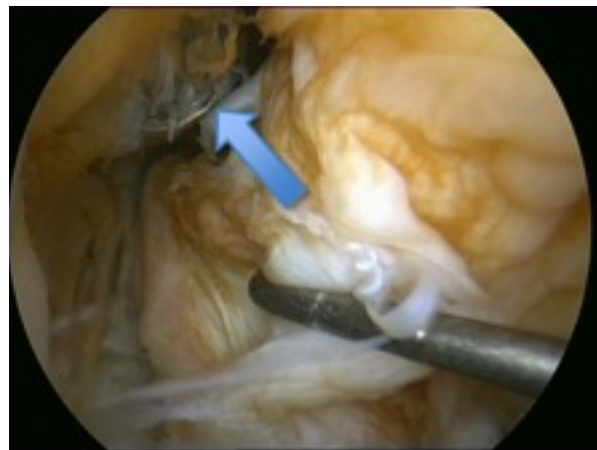


Fig. 3

Allo scopo, utilizziamo il puntale delle radiofrequenze che consentono un'ottimale pulizia (fig. 4)



Fig. 4

Si innesta quindi il cacciavite Torx® della misura adatta e la vite viene con facilità rimossa (fig. 5)



Fig.5

Questo strumento, facilmente reperibile presso tutti i centri di bricolage o ferramenta, ci ha tolto dall'impaccio in diversi casi in cui non avevamo nessuna certezza di avere il cacciavite adatto e ne consigliamo l'uso in sala operatoria, avendo cura di avere a disposizione tutte le misure utili.

BIBLIOGRAFIA:

Rybczynski, Witold. *One Good Turn: A Natural History of the Screwdriver and the Screw*. Toronto, Ont., Canada: Harper Flamingo 2000.

Kurosaka M, Yoshiya S, Andrish JT. A biomechanical comparison of different surgical techniques of graft fixation in anterior cruciate ligament reconstruction. *Am J Sports Med* 1987;15:225-229.

Kurzweil PR, Frogameni AD, Jackson DW. Tibial interference screw removal following anterior cruciate ligament reconstruction. *Arthroscopy* 1995;11:289-291.

Bach BRJ. Pitfalls in the use on interference screws for anterior cruciate ligament reconstruction: A brief report. *Arthroscopy* 1989;5:225-226

Bach BR Jr: Potential pitfalls of Kurosaka screw interference fixation for ACL surgery. *Am J Knee Surg* 1989;2:76-82.