

Salvate il menisco!

È opinione comune che toglierlo sia come fare l'intervento per l'appendicite: si leva e non ci si pensa più. Negli ultimi anni, però, gli sforzi dei chirurghi sono stati indirizzati a cercare di "proteggerlo" e, per questo, accanto all'asportazione parziale del menisco sono state proposte altre soluzioni. E al "Pugliese-Ciaccio", da due anni, per favorire la guarigione quando non è possibile intervenire, si associa alla sutura anche l'apposizione del cosiddetto gel piastrinico



I menischi sono strutture anatomiche cartilaginee che si trovano all'interno del ginocchio, situati tra il femore e la tibia, in numero di due per articolazione. La loro presenza è essenziale perché servono ad assorbire e a trasmettere il peso sulle cartilagini articolari, rendono stabile il ginocchio e ne favoriscono il nutrimento e la lubrificazione da parte del liquido sinoviale. Nel caso di una lesione meniscale, i moderni orientamenti della chirurgia ortopedica prevedono la necessità di salvare il più possibile la forma e la funzione di questo importante organo.

La chirurgia artroscopica, attraverso incisioni della pelle di pochi millimetri, permette di eseguire il trattamento delle lesioni del menisco con precisione, consentendo al chirurgo di risparmiare, per quanto è possibile, il tessuto meniscale integro.

«È opinione comune - dice il **dottor Giancarlo Tripodi, che dirige la struttura di chirurgia artroscopica dell'ospedale "Pugliese - Ciaccio", di**

Catanzaro - che togliere il menisco sia un po' come fare l'intervento per l'appendicite. Si leva e non ci si pensa più. In realtà, noi artroscopisti sappiamo bene da molti anni che i pazienti operati per una lesione del menisco, soprattutto i giovani, pur avendo risolto il loro problema, possono andare incontro ad un'artrosi precoce del ginocchio operato che "lavora" senza questa importante cartilagine articolare».

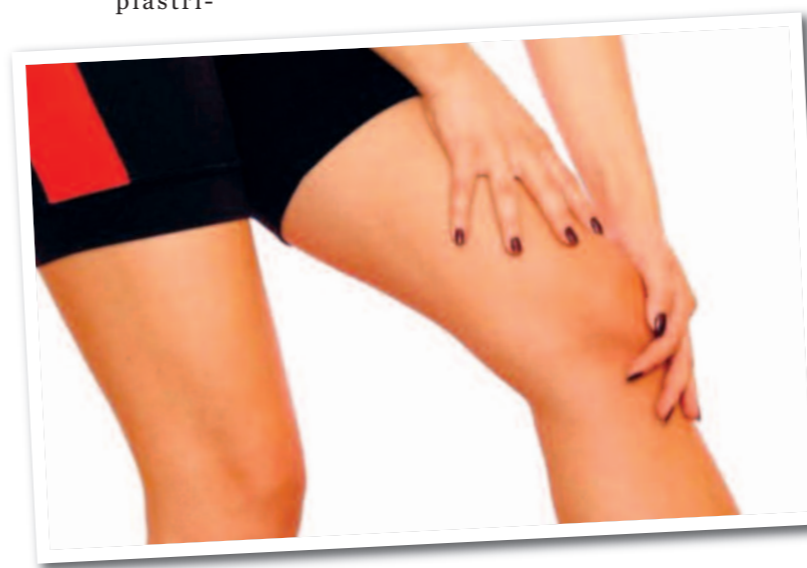
Quindi, come bisogna intervenire?

«Negli ultimi anni, gli sforzi dei ricercatori e dei chirurghi sono stati pertanto indirizzati a cercare di salvare il tessuto meniscale e accanto all'asportazione parziale del menisco, la cosiddetta meniscectomia, sono state proposte altre soluzioni quali le suture del menisco e i trapianti da cadavere. Quest'ultima tecnica viene descritta come un intervento routinario e con poche conseguenze per il paziente, ma si tratta in realtà di un trattamento a cui abbiamo dato un'indicazione molto ristretta e che andrebbe riservato ai pazienti già meniscectomizzati che presentano sin-

tomi importanti dopo l'intervento quali continua formazione di liquido, dolore e rumori articolari ma che non hanno deviazioni dell'asse di carico o lesioni cartilaginee estese. Ancora oggi, non sappiamo quali siano i risultati a lungo termine, se il trapianto svolge davvero una funzione protettiva sulla cartilagine e se si ha una guarigione completa o se si tratta di un salvataggio temporaneo. A metà degli anni ottanta sono state proposte delle tecniche artroscopiche per suturare le lesioni del menisco. All'inizio tali metodiche erano piuttosto indaginose e non scevre da rischi per le delicate strutture vascolari e nervose articolari. Oggi queste tecniche sono arrivate alla quarta generazione e il chirurgo ha la sorprendente possibilità di suturare il menisco con un solo strumento e un solo, rapidissimo gesto chirurgico all'interno del ginocchio».

In che consiste?

«È possibile applicare uno o più punti di sutura al menisco rotto, a seconda dell'estensione delle lesione. Si usano fili in materiale speciale, riassorbibile, che viene



Servizio di **Alessandro Noce**
In collaborazione con



Dott. **Giancarlo Tripodi**
Dirigente Chirurgia
Artroscopica
Ospedale "Pugliese-Ciaccio"
Catanzaro

«digerito» dal liquido articolare dopo pochi mesi, dando alla cartilagine meniscale il tempo necessario per guarire».

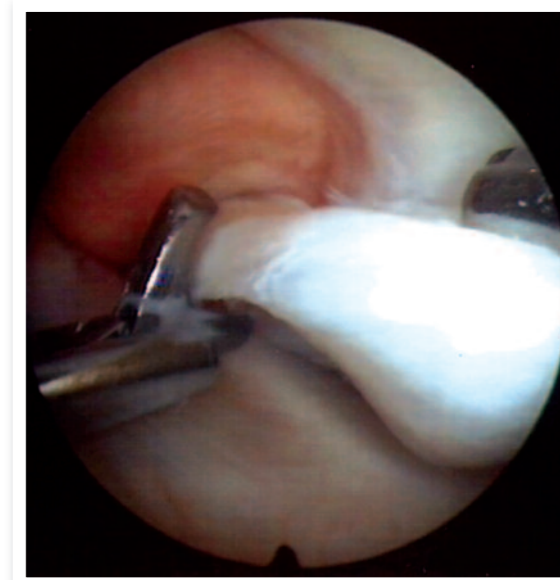
Vale per tutte le lesioni del menisco?

«Non tutte le lesioni del menisco possono però essere suture. L'età del paziente è importante perché i migliori risultati si ottengono nei bambini, negli adolescenti e nei giovani fino a 25, 30 anni. Inoltre, non è possibile intervenire quando la lesione è "vecchia" cioè quando ha più di due, tre settimane. Altro fattore che il chirurgo deve tenere in debita considerazione è la sede della lesione: il menisco non è completamente vascolarizzato ma ha delle zone, dette bianche, che non hanno vasi sanguigni e se la lesione interessa tali zone nessuna sutura potrà mai andare a buon fine perché la cicatrice non si formerà. Da due anni, nel nostro ospedale, per favorire la guarigione associamo alla sutura anche l'apposizione del cosiddetto gel piastrinico. Il sangue del paziente (circa 18 cc) viene centrifugato isolando una "pappa" piastrinica

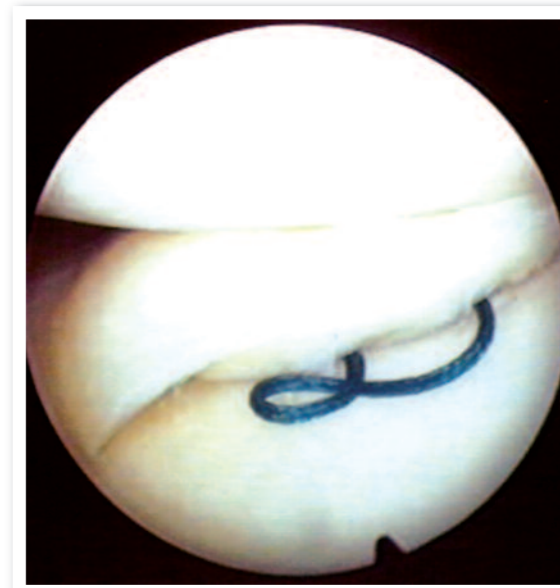
rica di fattori di crescita cellulari che aumentano sensibilmente la possibilità di una cicatrizzazione ottimale della lesione.

Dopo l'intervento, i pazienti camminano con due bastoni e indossano, per circa tre settimane, un tutore che protegge il ginocchio ed evita sollecitazioni dannose sulla sutura.

Anche i movimenti articolari sono inizialmente limitati dal tutore e, successivamente, vengono via via consentiti, con escursioni sempre più ampie, sino al recupero completo. In genere, un atleta può riprendere l'attività a distanza di quattro, cinque mesi dall'intervento».



Meniscectomia



Sutura del menisco

