

Servizio di Giuseppe Palazzo
in collaborazione con



Dott. Giancarlo Tripodi
Dirigente della Struttura
di Chirurgia Artroscopica
ospedale "Pugliese-Ciaccio"
Catanzaro

SE A STACCARSI È LA SPINA

È quella tibiale.

*E quando la lesione
si verifica occorre
intervenire
chirurgicamente*

La rottura del legamento crociato anteriore del ginocchio è una lesione frequente negli adulti. Tra le cause, al primo posto, si trovano i traumi sportivi e gli incidenti stradali. A causa di una brusca e importante distorsione dell'articolazione, il legamento si rompe e il ginocchio diviene "instabile". I pazienti lamentano continui e fastidiosi cedimenti del ginocchio anche durante i movimenti articolari della vita quotidiana.

Il chirurgo ortopedico viene chiamato in causa per "sostituire" il legamento leso, generalmente con dei tendini prelevati allo stesso paziente e posizionati, con le tecniche artroscopiche, all'interno del ginocchio al posto del legamento rotto. Anche i bambini e gli adolescenti sono esposti al rischio di traumi che portano alla rottura del legamento. In questi giovani pazienti afferma, il **dottor Giancarlo Tripodi, dirigente della Struttura di Chirurgia Artroscopica dell'ospedale "Pugliese Ciaccio" di Catanzaro**, avviene una lesione atipica, particolare.

«Il legamento, a quell'età, è molto più resistente dell'osso e quindi la lesione av-

viene con un vero e proprio "strappo" del tessuto osseo della tibia su cui è inserito il legamento crociato anteriore. Questa porzione ossea si chiama appunto "spina tibiale" (fig. 1)».

Cosa fa il chirurgo in questi casi?

«Le tecniche chirurgiche, utilizzate per trattare questa importante lesione, sono mirate a reinserire la spina distaccata nella tibia ripristinando l'ottimale tensione del legamento crociato anteriore.

L'artroscopia, nelle mani dei chirurghi esperti, si è rivelata insostituibile nel trattare con precisione e con minima invasi-

vità queste lesioni nei bambini. In molti casi il chirurgo, dopo aver riposizionato il frammento osseo nella sua sede naturale, lo fissa con una piccola vite metallica che permette la guarigione dell'osso in poche settimane (fig. 2).

Ho eseguito in passato decine di interventi simili, tutti andati a buon fine. Ma questa tecnica presenta un problema».

Quale?

«La vite: essa è molto piccola (8circa 3mm di diametro) per non intralciare o danneggiare il ginocchio, ma ciò ne rende la rimozione praticamente impossibile già pochi mesi dopo l'intervento».

Che tipo di problemi comporta la permanenza della vite nel ginocchio?

«Tra i più frequenti l'impossibilità di eseguire una buona risonanza magnetica del ginocchio se, in futuro, il bambino divenuto adulto ne avesse necessità».

Oppure?

«Il chirurgo potrebbe incontrare difficoltà se dovesse intervenire nuovamente sull'articolazione operata, anche a distanza di anni. La vite metallica potrebbe disturbare l'esecuzione di tunnel ossei o

Ortopedia

altre manovre chirurgiche che potrebbero rendersi necessarie negli anni.

È per questi motivi che abbiamo pensato di proporre un intervento chirurgico ancor meno invasivo che ha incontrato il favore di molti chirurghi ortopedici, in Italia e all'estero».

Di cosa si tratta?

«Quello che ha definitivamente risolto il problema è un piccolo chiodo in materiale riassorbibile che non disturba l'esecuzione della risonanza magnetica e che scompare dal tessuto osseo dopo circa due anni dall'intervento (fig. 3). Esso si posiziona in artroscopia e, "fissando" il frammento osseo che si è distaccato, ne consente la rapida guarigione (la formazione del callo osseo) con un trauma davvero minimo per i nostri piccoli pazienti che recuperano davvero in fretta (fig. 4)».

Quanti interventi avete eseguito con questa tecnica innovativa?

«Circa venti da quando abbiamo iniziato, dal 2008.

Tutti i piccoli pazienti sono guariti senza, in pratica, avere nessun tipo di complicanza se si esclude la mobilizzazione di un chiodo a distanza di due mesi (a guarigione avvenuta) che è stato poi rimosso senza difficoltà, in anestesia locale».

In quali Paesi viene utilizzata la vostra tecnica?

«Tenendo conto che il chiodo (o pin, come viene chiamato tra gli addetti ai lavori) è tra i dispositivi monouso che ogni chirurgo ha già in sala operatoria, abbiamo ricevuto tantissime richieste di chiarimenti da medici europei e nordame-

ricani già fin dalla prima presentazione della tecnica ad una riunione di specialisti a Chicago nel 2010.

Oggi viene eseguita, con grande nostra soddisfazione, in diversi ospedali italiani, europei e anche negli USA dove ha avuto l'approvazione della severa Food and Drug Administration».

Prevede maggiori sviluppi della tecnica in futuro?

«Quando la tecnologia riuscirà a consentire alle fabbriche di dispositivi medici di produrre piccole viti cannulate del diametro adatto, circa 3mm, in materiale riassorbibile e resistente, avremo raggiunto l'optimum del trattamento.

Almeno fino a quando non verranno proposte altre tecniche e materiali ancora più adatti. È il (fortunato) destino dei pazienti e dei chirurghi del futuro».

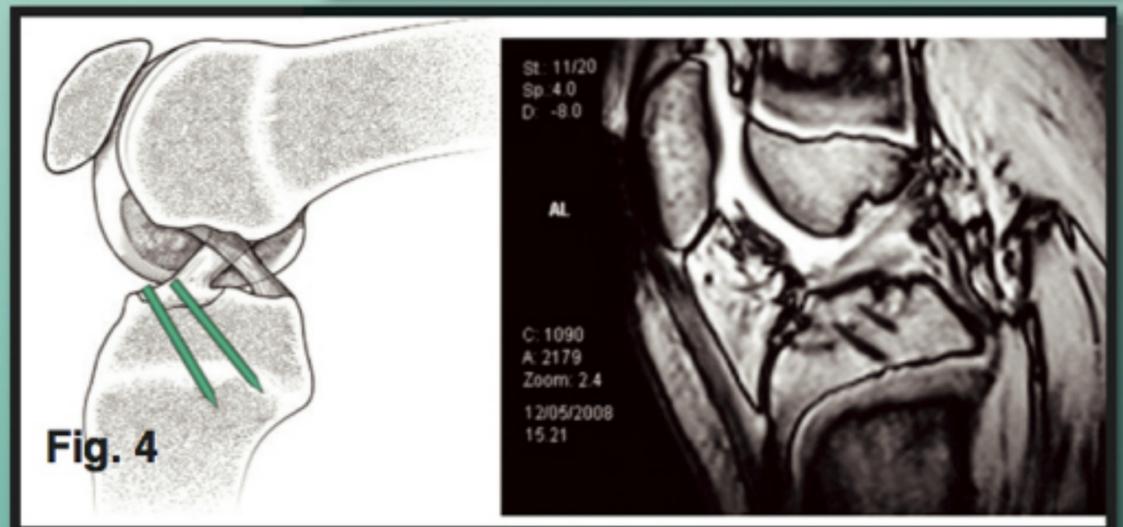
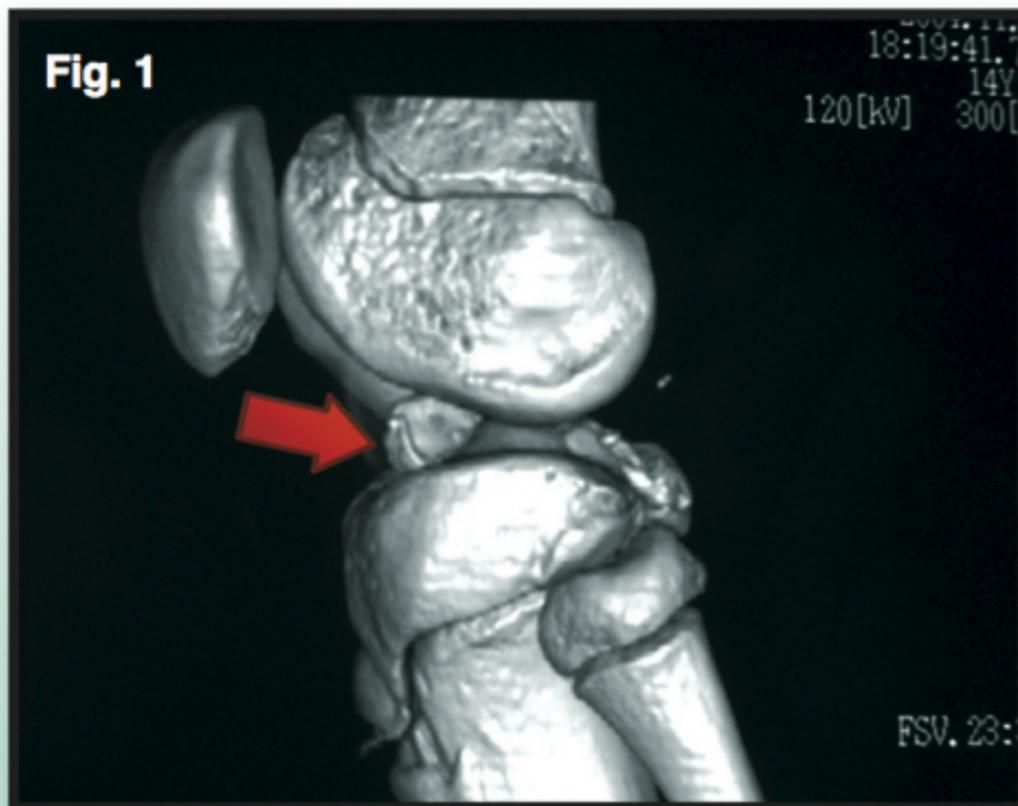


FIG. 1: La freccia indica il distacco della spina nel ginocchio di una bambina di otto anni (TAC tridimensionale)

FIG. 2: Vite metallica che mantiene in posizione la spina tibiale distaccata in un bambino di undici anni

FIG. 3: Due chiodini (pin) in materiale riassorbibile del diametro di 2,7mm accanto alla vite di 3mm

FIG. 4: Schema del posizionamento dei chiodini che stabilizzano la spina tibiale e l'immagine corrispondente della RMN