

La lesione del legamento crociato anteriore

Due vie terapeutiche personalizzate per il ripristino del legamento crociato anteriore del ginocchio

DI MARIA GRAZIA BULETTI

» Solo in Svizzera, ogni anno si registrano tra le diecimila e le dodicimila lesioni del legamento crociato anteriore (LCA) del ginocchio, una delle più grandi articolazioni del corpo umano con una rete di legamenti molto complessa responsabile dei movimenti e della sua stabilità. «Il LCA è un fascio di tessuto molto resistente, posto al centro dell'articolazione del ginocchio (insieme al suo omologo posteriore con cui forma una "croce" all'interno del ginocchio), il cui ruolo fondamentale si riassume nel garantirne la stabilità sia nei movimenti di traslazione anteriore sia di rotazione interna della tibia; questo legamento previene movimenti eccessivi della tibia (in avanti e in torsione) ed è indispensabile per correre, cambiare direzione e frenare senza che il ginocchio ceda», esordisce il dottor Dario Giunchi, specialista in Chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (attivo all'Ars Medica Centro Medico, Manno) che così riassume le cause della possibile rottura: «La maggior parte delle sue lesioni avviene durante la pratica di attività sportive in cui è necessario compiere un movimento combinato di valgo, flessione e rotazione dell'articolazione del ginocchio quando la gamba è ferma a terra, come per esempio negli sport che richiedono rapidi cambi di direzione quali sci, calcio o pallacanestro». Ciò non esime le persone che non praticano sport agonistico dalla lesione di questo legamento senza il quale il ginocchio perde equilibrio e precisione nei movimenti. «La rottura completa di un legamento crociato anteriore può essere trattata con terapia conservativa o chirurgica; quest'ultima è la scelta elettiva soprattutto per quei pazienti che praticano un'attività sportiva», è la premessa della scelta terapeutica del dottor Marco Marano, specialista in Chirurgia ortopedica e Traumatologia dell'apparato locomotore, direttore medico del Centro Swiss Olympic, Ars Medica Centro dello Sport. Posta la diagnosi, i due specialisti concordano sui criteri di presa a carico il cui obiettivo è mirato al recupero dell'attività motoria del ginocchio pre-rottura del LCA: «Il metodo prescelto (chirurgico o conservativo) dipende da diversi fat-

tori come età e bisogni della persona interessata e sintomi soggettivi. Ad esempio, l'intervento chirurgico si renderà necessario per chi pratica attività sportive e professionali, e post-valutazione di tipo e sede della lacerazione del LCA, nella presenza di lesioni concomitanti (lesione agiuntiva del menisco o cartilagini o altri legamenti), e instabilità percepita nella vita quotidiana. Sulla scelta chirurgica Giunchi aggiunge: «Diverse sono le tecniche, personalizzate a ciascuna situazione: la ricostruzione del legamento con un innesto autologo (tendini ischio-crurali oppure tendine rotuleo o altri), con una tecnica artroscopica, mininvasiva e una riabilitazione adeguata (anche fino ai 9-12 mesi) per un rientro allo sport intensivo; tutto con l'intento di ripristinare la stabilità del ginocchio e prevenire danni secondari, aumentando la possibilità di tornare allo sport allo stesso livello di prima». Ad ogni modo: «In tutte le persone, senza distinzione, l'intervento è indicato (prima possibile sebbene non sia un'urgenza e fa testo la risoluzione della fase infiammatoria) quando c'è una lesione completa del crociato con lassità (instabilità) documentata. Prima dell'intervento si consiglia la fisioterapia atta a ridurre gonfiore e dolore, una buona articolarietà (estensione e flessione del ginocchio) e la funzionalità». La riabilitazione comporta una battaglia biologica e una funzionale: «Il corpo impiega dai nove ai dodici mesi affinché la nuova corda diventi un legamento valido, una parte nuova del ginocchio biologicamente attiva; è poi essenziale il ripotenziamento del muscolo perso che va portato allo stato originario con fisioterapia e impegno quotidiano del paziente». Al dottor Marco Marano il compito di illustrare la scelta conservativa (la più difficile in quanto, a priori, non si può sempre individuare con certezza quale paziente risponda meglio a questo tipo di approccio): «Con o senza l'intervento, l'intento è ripristinare la precedente funzionalità del ginocchio. Allora, suddividiamo i nostri pazienti in due tipologie, Coper e non Coper: il termine Coper indica i pazienti che riprendono a svolgere le loro normali attività al livello precedente l'infortunio e senza instabili-



tà dinamica. Un non Coper è un paziente che continua ad avere episodi d'instabilità dinamica nonostante la riabilitazione, anche nelle attività della vita quotidiana semplici. Bisogna comunque tenere in conto che, in generale, dopo una lesione dell'LCA una grossa fetta di pazienti - tra quelli operati e quelli non operati - non ritorna a svolgere le proprie attività, in particolare quelle sportive, allo stesso livello rispetto a prima dell'infortunio. Di conseguenza, il nobile obiettivo di riprendere a fare tutto come prima della rottura del LCA va osservato con cautela». La scelta conservativa è subordinata a determinate condizioni: «Negli sportivi e nei giovani la scelta è solitamente chirurgica per prevenire sequele come la degenerazione del menisco o l'artrosi al ginocchio. La terapia conservativa è consigliata quando, oltre a quella del LCA, non sono presenti altre lesioni concomitanti (rotture meniscali, rotture di altri legamenti, lesioni cartilaginee ecc.). Durante la terapia conservativa la fisioterapia permette di rinforzare la muscolatura che va a stabilizzare l'articolazione del ginocchio. Qualora nonostante la terapia l'instabilità persistesse, bisognerà valutare un intervento chirurgico». I tre punti cardine in un protocollo conservativo sono quindi: «Il recupero della mobilità perché il paziente non riesca a muoversi se il ginocchio non la recupera a dovere, l'assenza di dolore (il ginocchio dovrà sopportare tutte le attività quotidiane senza gonfiarsi o dolore) e il recupero della forza muscolare che servirà a dare stabilità all'articolazione». Marano conclude ribadendo la difficoltà insita nella scelta conservativa: «Non esiste una soluzione predefinita il cui risultato sarà certamente positivo; è vincente la personalizzazione della presa a carico che segue i criteri iniziali descritti, insieme alla capacità di "saper aggiustare il tiro" se il percorso non produce i risultati auspicati».