

Intervento chirurgico:

Artroscopia di ginocchio



**INFORMAZIONI
PER IL PAZIENTE**



Queste informazioni educative servono ad aiutare a capire l'intervento e permettono di partecipare attivamente al percorso di cure e il ruolo nel recupero.

INDICE

CONDIZIONE	3
Perché mi devo sottoporre ad artroscopia del ginocchio?	3
In che cosa consiste?	3
TRATTAMENTO CHIRURGICO	4
Lesioni meniscali	4
Lesioni cartilaginee	7
Altre procedure chirurgiche eseguibili in artroscopia	9
RISCHI E COMPLICANZE	11
IL GIORNO DELLA TUA OPERAZIONE	12
Dichiarazione di limitazione di responsabilità	13



CONDIZIONE

PERCHÉ MI DEVO SOTTOPORRE AD ARTROSCOPIA DEL GINOCCHIO?



Diagnosi

Per la problematica riscontrata al suo ginocchio Le è stato proposto un intervento chirurgico in artroscopia. Il medico Le ha spiegato i motivi per cui tale intervento è indicato nel Suo caso.

Principali indicazioni all'intervento di artroscopia:

- Lesioni meniscali
- Lesioni cartilaginee
- Resezione della plica sinoviale
- Sinovialectomia
- Riduzione batuffolo adiposo di Hoffa
- Asportazione corpi mobili

IN CHE COSA CONSISTE?

Modalità/Tecniche di esecuzione

l'artroscopia è una procedura che consiste nell'introdurre nell'articolazione degli strumenti per visualizzare l'ambiente articolare, un'ottica collegata ad una telecamera, e altri strumenti per effettuare la procedura chirurgica: basket, pinze da prese, resettori motorizzati o terminali a radiofrequenze.

La via di accesso è mini-invasiva, e consiste nel praticare delle incisioni di piccole dimensioni, che possono andare da un numero di due o tre (più frequentemente) fino a 4-5 a seconda del tipo e localizzazione della problematica da trattare. L'articolazione viene riempita di liquido (soluzione fisiologica) per permettere la dilatazione della cavità articolare e di conseguenza una buona visualizzazione e consentire un lavoro più preciso ed accurato.

A seconda del tipo di lesione, sono possibili diverse procedure.



TRATTAMENTO CHIRURGICO

LESIONI MENISCALI

Cosa sono i menischi?

I menischi sono due strutture fibrocartilaginee (mediale e laterale) a forma di semiluna che si trovano nell'articolazione del ginocchio e che hanno, come principali funzioni, quella di ammortizzare e di aumentare la superficie di appoggio fra femore e tibia e di diminuirne di conseguenza l'attrito durante il movimento. Per questo motivo sono considerate delle guarnizioni che aiutano a proteggere la cartilagine, ricudendone quindi il consumo.

In caso di lesione (rottura, frammentazione, degenerazione) del menisco, si determina una sintomatologia dolorosa, che si acutizza specialmente durante movimenti come l'accosciamento (flessione profonda del ginocchio), i movimenti di lateralità e le rotazioni. In alcuni casi è anche possibile che la parte lesionata del menisco ruoti e si interponga tra femore e tibia creando così un blocco articolare.

È necessario quindi asportare il frammento per risolvere la sintomatologia.

A. Meniscectomia: si intende "l'asportazione del menisco". In realtà, l'obiettivo del chirurgo ortopedico è quello di asportare solo la parte lesionata. Si parla quindi di "meniscectomia selettiva", cioè non si asporta tutto il menisco, ma se ne toglie solo una parte, cercando di preservare la parte sana.

La quantità di menisco asportata dipende dal tipo di lesione. Se la lesione è piccola, verrà asportata solo una piccola parte del menisco, se invece, per esempio, è presente una lesione "a manico di secchio" il menisco potrebbe asportato quasi completamente.

Tempo di degenza:

La degenza per un intervento di meniscectomia può variare dalle 8 alle 12 ore se non si manifestano complicanze e generalmente non è necessario pernottare in ospedale.

Complicanze:

Una possibile e non infrequente complicanza a breve termine della meniscectomia, comune a tutti gli interventi sul ginocchio in artroscopia, è l'emartro, cioè il versamento di sangue nell'articolazione, che provoca tumefazione del ginocchio e dolore. L'emartro può recidivare più volte nel primo mese postoperatorio e può richiedere l'artrocentesi (aspirazione con una siringa).



Altre possibili complicanze della meniscectomia sono quelle comuni a tutti gli interventi chirurgici:

- L'artrite settica (infezione profonda del ginocchio) è descritta ma è rara, rare sono anche le deiscenze delle ferite. È possibile che insorga una febricola da riassorbimento dell'ematoma.
- Una complicanza a distanza ormai ampiamente dimostrata è l'insorgenza di artrosi del ginocchio nel compartimento dove si è eseguita la meniscectomia. Tale patologia si manifesta a distanza di tempo direttamente dipendente dall'età del paziente e dalla quantità di menisco asportato.
- Partendo dal presupposto che si cerca di asportare soltanto la parte lesionata, lasciando in sede quella sana, si deduce che ciò che non viene asportato sarà ancora esposto a rischi di rotture, a seguito di nuovi movimenti distorsivi
- Altra complicanza, non frequente, ma possibile in tutti gli interventi in artroscopia, è la trombosi venosa profonda. Per tale motivo viene prescritta una profilassi farmacologica con iniezioni sottocutanee giornaliere di eparina a basso peso molecolare per un periodo di 7-10 giorni.

Tempi di recupero e riabilitazione

I tempi di recupero sono variabili, e dipendono dalle caratteristiche della lesione e dalla risposta all'intervento del paziente oltre che dalle patologie concomitanti sia locali che generali.

In generale, il paziente si può alzare qualche ora dopo l'intervento. In genere è consigliato utilizzare due bastoni canadesi per dare un carico parziale per i primi 7-10 giorni, ma il chirurgo può anche concedere il carico completo da subito.

I punti di sutura vengono rimossi dopo 7-10 giorni dall'intervento.

La riabilitazione è quasi sempre autonoma, senza necessità di un aiuto di un fisioterapista. Un percorso fisioterapico usualmente può aiutare ad accelerare i tempi di recupero.

Nella norma, è possibile il ritorno al lavoro dopo 30 giorni dall'intervento chirurgico. Dipende ovviamente anche dalla professione esercitata dal paziente, oltre che, naturalmente, da altri fattori quali l'età o patologie pre-esistenti del paziente e le condizioni locali del ginocchio.

B. Sutura meniscale: la sutura meniscale è riservata ad alcuni tipi di lesione meniscale. Le indicazioni sono da valutare direttamente durante l'artroscopia da parte del chirurgo, che dovrà fare un bilancio vantaggi-svantaggi legato alla scelta chirurgica. Il vantaggio più importante di questo atto chirurgico è la conservazione del menisco, che consente di ridurre il rischio di degenerazione artrosica secondaria alla menisectomia.

Sono tre le tecniche possibili di sutura meniscale: outside-in, inside-out, all-inside. La scelta verrà fatta dal chirurgo in base alla sua esperienza e preferenza, oltre che alla localizzazione e al tipo di lesione. I risultati descritti in letteratura sono simili per tutte le tecniche. Si utilizzano fili non riassorbibili o dispositivi che rilasciano suture che possono essere riassorbibili oppure no.

Tempo di degenza

Come per la menisectomia varia dalle 8 alle 12 ore e se non si manifestano complicanze e anche in questo caso non è necessario di norma il pernottamento.

Tempi di recupero e riabilitazione

I tempi di recupero sono variabili (anche se sempre nettamente più lunghi rispetto alla semplice menisectomia) e dipendono dalle caratteristiche e dalla risposta all'intervento del paziente, e dalle patologie concomitanti sia locali che generali. In generale, il paziente non può caricare, cioè appoggiare a terra il piede dal lato del ginocchio operato, per circa 30 giorni, pur potendo mobilizzarsi utilizzando due bastoni canadesi. Dopo questo periodo viene concesso un carico progressivo.

A seconda della localizzazione della lesione, potrà rendersi necessario un divieto alla flessione del ginocchio in carico oltre i 90° per 3 mesi (squat oltre i 90°). Queste restrizioni vengono fornite per favorire una corretta guarigione del tessuto meniscale e ridurre il rischio di recidiva della lesione.

Vengono rimossi i punti di sutura dopo 7-10 giorni dall'intervento.

La riabilitazione avviene quasi sempre con l'aiuto di un fisioterapista. Nonostante i divieti di carico e di flessione in carico oltre i 90°, sarà possibile iniziare precocemente una riabilitazione mirata al recupero del movimento in scarico (cioè senza appoggiare il proprio peso sull'arto operato).

Nella norma, è possibile il ritorno al lavoro dopo 30-60 giorni dall'intervento chirurgico, ma questo dipende anche dalla professione del paziente oltre che da altri fattori quali l'età e le condizioni generali del paziente e le condizioni locali del ginocchio.



Complicanze della sutura meniscale (oltre alle complicanze descritte per la meniscectomia):

- **Ri-rottura:** è possibile cioè che la sutura non porti a guarigione il tessuto meniscale riparato. In tal caso è necessario reintervenire chirurgicamente con una meniscectomia. Il fallimento della sutura generalmente è dovuta a fattori biologici che non permettono la guarigione (ad esempio, si sa che nel paziente fortemente fumatore il menisco ha meno chances di guarire).
- **Granuloma da corpo estraneo.** Complicanza rara, dovuta alla presenza del filo di sutura o del mezzo di sintesi, che può causare dolore.

LESIONI CARTILAGINEE

In artroscopia è facilmente riscontrabile la presenza di lesioni traumatiche della cartilagine articolare o un danno cartilagineo di tipo degenerativo. In questi casi è possibile intervenire con alcune procedure chirurgiche:

- A. Microfratture:** tale procedura consiste nel perforare, con apposito strumentario, la regione del ginocchio in cui è presente la lesione cartilaginea, al fine di favorire un micro sanguinamento dell'osso subcondrale e permettere la formazione di un coagulo e quindi di una fibrocartilagine che copre la lesione. Dopo tale procedura è prevedibile una sintomatologia dolorosa postoperatoria, di solito della durata di qualche giorno, accompagnata da gonfiore del ginocchio. È necessario un divieto di carico (uso di due bastoni canadesi) dal lato operato per circa 30 giorni (tempo indicativo: il chirurgo può dare indicazioni specifiche caso per caso)
- B. Condroplastica:** per condroplastica si intende il trattamento della lesione con dei particolari strumenti (vaporizzatori, che, emettendo radiofrequenze, modificano la forma della cartilagine danneggiata o resettori motorizzati che asportano e regolarizzano il tessuto cartilagineo danneggiato). Questa procedura è mirata alla rimozione delle lesioni cosiddette instabili, con fine ultimo la stabilizzazione della cartilagine e il tentativo di prevenire ulteriori degenerazioni della stessa.
- C. Lavaggio e Debridement:** sono atti chirurgici finalizzati alla asportazione di detriti, filamenti e frammenti sinoviali e condrali conseguenti per lo più ad un processo degenerativo della cartilagine articolare e all'eliminazione di sostanze infiammatorie presenti nel liquido sinoviale.

Tempi di degenza

Il tempo di degenza per le procedure sopra descritte varia anche in questi casi dalle 8 alle 12, ma è possibile soprattutto in caso di microfratture pernottare in ospedale se presente dolore severo post-operatorio.

Complicanze

Comuni a tutte le su descritte procedure sono:

- Versamento intra-articolare (ematico o sinoviale), che nella norma si risolve in pochi giorni, in caso contrario è possibile evacuarlo con una artrocentesi.
- Infettive (possibili ma rare);
- Trombosi venosa profonda agli arti inferiori (possibili ma rare).

Tempi di recupero e riabilitazione

In generale, è quasi sempre sufficiente una riabilitazione autonoma. La riabilitazione deve mirare al recupero funzionale e al potenziamento muscolare. Un percorso fisioterapico usualmente aiuta ad accelerare i tempi di recupero.

In caso di microfratture, come già detto, è necessario camminare con due bastoni canadesi senza caricare o con carico parziale dell'arto operato per un tempo medio di 30 giorni.

In caso di condroplastica o di lavaggio o debridement si può riprendere a camminare in tempi generalmente più brevi, con tempi di recupero che variano dai 15 ai 30 giorni.

I risultati degli interventi sulla cartilagine sono inversamente proporzionali alla gravità della lesione riscontrata indipendentemente dalla tipologia di trattamento eseguito.

Essendo molto difficile una valutazione pre-operatoria precisa dell'entità del danno, i risultati (e quindi le aspettative del paziente) potrebbero essere inferiori a quelle preventivate.

ALTRE PROCEDURE CHIRURGICHE ESEGUIBILI IN ARTROSCOPIA



- A. Resezione di plica:** le pliche sinoviali sono ripiegature fisiologiche della membrana sinoviale che avvolge internamente l'articolazione del ginocchio. Se queste pliche (soprattutto la plica medio patellare) è ipertrofica o fibrotica può provocare una sintomatologia dolorosa. In questi casi è indicata la sua resezione. Una complicanza possibile, specifica di tale atto chirurgico è il sanguinamento modesto con formazione di un emarto.
- B. Sinovialectomia:** consiste nell'asportazione, parziale, della membrana sinoviale ipertrofica o iperplastica, tipica di alcune patologie come l'artrite reumatoide, l'artrite psoriasica o la sinovite pigmentosa villonodulare, ma a volte presente in caso di infiammazione cronica del ginocchio. Talora, in caso di dubbio sulla causa della infiammazione del tessuto sinoviale, si procede a prelievo di parte del tessuto ed invio in laboratorio per studi approfonditi sulle cellule della stessa. Questo tipo di studio fornisce informazioni ulteriori sulle cause del problema. Il rischio è il sanguinamento, che può recidivare anche dopo eventuale artrocentesi (aspirazione con siringa).
- C. Riduzione del batuffolo adiposo di Hoffa:** una ipertrofia del batuffolo adiposo di Hoffa, struttura che si trova in corrispondenza dell'apice della rotula, fra rotula e tendine rotuleo, può causare una sintomatologia dolorosa da impingement. In alcuni casi è indicato asportare una parte di tale tessuto adiposo. Anche in questo caso il rischio più frequente è quello del sanguinamento, che provocherà dolore e gonfiore per qualche giorno.
- D. Asportazione di corpi mobili:** si tratta di frammenti liberi nell'articolazione, di solito cartilaginei od osteocartilaginei. Possono formarsi a seguito di un trauma, come esito di una osteocondrite giovanile o essere numerosi in alcune patologie come la condromatosi. Diventano sintomatici quando si interpongono nell'articolazione femorotibiale o nella femororotulea e non sempre è possibile asportarli tutti per via della localizzazione degli stessi.

Tempi di degenza

Per tutti i sopracitati interventi, se non si verificano complicanze, il tempo di degenza è di norma di 8-12 ore.

Tempi di recupero e riabilitazione

È quasi sempre sufficiente una riabilitazione autonoma. La riabilitazione deve mirare al recupero funzionale e al potenziamento muscolare. Un percorso fisioterapico usualmente accelera i tempi di recupero.

La sinovialectomia comporta spesso un sanguinamento intra-articolare. Per questo motivo il recupero può essere più lungo ed è legato alla patologia di base per la quale viene eseguita.

Complicanze

Comuni a tutte le su descritte procedure sono:

- Versamento intra-articolare (ematico o sinoviale), che nella norma si risolve in pochi giorni, in caso contrario è possibile evacuarlo con una artrocentesi.
- Infettive (possibili ma rare);
- Trombosi venosa profonda agli arti inferiori (possibili ma rare).

RISCHI E COMPLICANZE



- **Infezione superficiale e profonda (artrite settica).**

Secondo le statistiche internazionali il rischio di infezione è scarso, ma presente (1% circa). In caso di diabete la complicanza infettiva può avere un rischio fino a 4 volte superiore.

- **Versamento articolare ematico.**

Nei giorni successivi all'intervento è un'evenienza comune che non deve destare preoccupazione. In caso di versamento significativo il chirurgo nei giorni successivi può eseguire l'artrocentesi ossia l'aspirazione.

- **Trombosi venosa profonda.**

In chirurgia artroscopica la TVP è un rischio raro ma maggiore dopo la ricostruzione del legamento crociato per la maggiore difficoltà alla mobilizzazione ed al carico nei giorni successivi all'intervento. Per questo motivo nel post operatorio viene prescritta una idonea terapia con Eparina a basso peso molecolare mediante facili iniezioni sottocutanee per un periodo variabile che decide il chirurgo caso per caso. Fattori di rischio per la TVP sono l'insufficienza venosa, il fumo di sigaretta, l'obesità, la terapia estroprogestinica.

- **Danni neurologici per lesioni iatrogene dei nervi.**

Evenienza rara in questo tipo di chirurgia anche se possibile. Una parziale insensibilità della parte superiore antero-mediale della gamba invece è un fatto comune e può persistere anche per lungo tempo o non regredire completamente ed è dovuta alla via di accesso per il prelievo tendineo. Questa rimane comunque una problematica estremamente benigna, che non ha alcun significato di compromissione funzionale.

- **Danni vascolari per lesioni iatrogene dei vasi.**

Evenienza rara ma possibile per la vicinanza dei vasi poplitei alla cavità articolare. Evenienza invece comune di un modesto sanguinamento in sede di prelievo.

- **Rigidità.**

La perdita di 10/20° di flessione rispetto all'arto sano è un'evenienza rara ed è insita nel tipo di intervento. Importante invece è non perdere l'estensione. Al termine dell'intervento il Chirurgo valuta il movimento finale, verificando che l'estensione avvenga completamente. Da pochi minuti dopo l'intervento si può sviluppare una normale contrattura in flessione del ginocchio, con perdita temporanea di qualche grado di estensione. Questa è normale, benigna, e tende a regredire con la giusta fisioterapia. Per questo motivo la fisioterapia mirata al recupero-mantenimento dell'estensione in tempi precoci è molto importante.



IL GIORNO DELLA TUA OPERAZIONE



Cosa portare

- Carta d'identità e codice fiscale
- Eventuali disposizioni anticipate di trattamento
- Elenco dei farmaci
- Vestiti larghi e comodi
- Scarpe comode e facilmente indossabili (che non richiedono di piegarsi per indossarle)
- Lasciare oggetti di valore e gioielli a casa



Cosa ti puoi aspettare

Spesso, un braccialetto identificativo (ID) e eventualmente un braccialetto per eventuali allergie con il nome e il numero dell'ospedale / clinica saranno posizionati sul polso in qualche ospedale.

Questi dovrebbero essere controllati da tutti i membri del team sanitario prima di eseguire qualsiasi procedura o darti farmaci.

DICHIARAZIONE DI LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Queste informazioni vengono pubblicate per informare sulla tua specifica procedura chirurgica. Non sono destinate a prendere il posto di una discussione con un chirurgo qualificato che è familiare con la specifica situazione. È importante ricordare che ogni individuo è diverso, e le ragioni e i risultati di ogni operazione dipendono dalle condizioni individuali del paziente.

Gentile Signore/a,
dovrai essere sottoposto/a a intervento di.....
Perché affetto/a da.....

Affinché sia informato/a in maniera per chiara e sufficiente sull'intervento che ti è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, ti preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurare delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permettere di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrai chiedere al chirurgo di tua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento proposto.

Ricordiamo che, contrariamente a quanto spesso viene affermato, nessun intervento chirurgico è semplice né banale. Alcune procedure chirurgiche "di routine" possono diventare molto complesse sia per le condizioni mediche generali del paziente che per frequenti variazioni anatomiche, patologie inattese che possono essere scoperte solo durante l'intervento e ancora per molti altri fattori che non è possibile prevedere né elencare in dettaglio. Nonostante la preparazione e il massimo impegno del chirurgo non sempre è possibile ottenere risultati che soddisfino le aspettative del paziente o quanto lo specialista si era proposto.

È importante riferire al tuo chirurgo, ai medici che redigeranno la tua cartella clinica e all'anestesista i farmaci di cui fai abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, etc.); è importante inoltre riferire se hai già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se hai ben tollerato eventuali precedenti anestesie. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in tuo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Firma del paziente per ricevuta _____

Firma del medico _____