

CONSERVAZIONE DEL LEGAMENTO CROCIATO POSTERIORE NELLE PROTESI TOTALI DI GINOCCHIO

G. TECCHIO, P. TECCHIO, G. ANDREOLETTI, V. SOLOMON, P. CESARENI
Policlinico San Marco - Zingonia - Bergamo

INTRODUZIONE

Con la protesizzazione totale del ginocchio (artrosico, necrosi asettica, esiti di terapia AIDS, assi incongrui post-traumatici o con esiti di osteotomie correttive: varo-valgo) ci siamo sempre proposti di realizzare il ripristino articolare con manovre il più contenute possibile.

Laddove Madre Natura abbia conservato le strutture originali non crediamo giusto amputarle (pur considerando la maggiore facilità di posizionamento dell'impianto che ne consegue direttamente).

Nel 90% degli interventi di protesi totale di ginocchio (dal 1987 al 2002) non abbiamo praticamente mai amputato il legamento crociato posteriore e anche le lisi periferiche necessarie per un corretto bilanciamento legamentoso sono sempre state estremamente contenute.

Mentre il legamento crociato anteriore controlla lo scivolamento dei condili in avanti durante la flessione, il legamento crociato posteriore è responsabile dello scivolamento dei condili verso l'indietro durante l'estensione. Inoltre il legamento crociato posteriore ha un ruolo anche nella flessione durante la quale l'area di contatto tra i condili ed il piatto tibiale si sposta posteriormente. Il Legamento crociato posteriore ha anche un ruolo come stabilizzatore secondario nei movimenti in varo-valgo e determina un effetto meccanico positivo sul quadricipite che aumenta di circa il 30% il suo braccio di leva con una direzione di trazione più vantaggiosa. Tali azioni meccaniche, unite all'importante funzione propriocettiva, ci hanno indirizzato sulla conservazione del legamento crociato posteriore.

Le indicazioni principali permangono molto ristrette: ginocchio varo artrosico (di stadio elevato), ginocchio reumatoide, ginocchio valgo.

Le indicazioni più rare sono costituite dai postumi di gravi fratture articolari mal consolidate, subanchilosi di varia eziologia e neoplasie.

L'indicazione principe per una correzione degli assi resta per noi (corredata da un alto numero di interventi e follow up di decine di anni) il consiglio chirurgico di osteotomia direzionale (sovra-condiloidea femorale, metafisaria prossimale tibiale).

La crescente affidabilità degli impianti protesici di ha confortato dagli anni '80 nel porre l'indicazione alla protesizzazione totale in età sempre meno avanzata.

L'età del caso più giovane è di 35 anni in artrite reumatoide.

Concettualmente l'indicazione alla protesizzazione totale viene posta solo quando il

grado della lesione o sia tale da non poter trarre vantaggio da qualsiasi altro intervento o in quei casi in cui la patologia di base abbia un potenziale evolutivo indipendente.

L'indicazione principe è legata ad un risultato essenziale e unico: stazione eretta prolungata e deambulazione senza dolore.

Resta comunque, secondo noi, un intervento di estrema elezione.

L'età avanzata del paziente o la coesistenza di altre patologie invalidanti ha altresì allargato notevolmente l'indicazione grazie alla rapidità di ripresa funzionale e la stabilità di risultati nel tempo.

Controindicazioni quasi assolute sono costituite dalle artropatie neurogene (tabesiringomielia).

L'atassia e l'analgnesia sottintendono la possibilità di fratture per eccessive sollecitazioni.

MARK 1→3

MARK 2→4

MOTTA CALLEA →150

MILLER GALANTE 1→40

MILLER GALANTE 2→38

NEKGEN CR →333

Ogni impianto è stato posto in essere con la filosofia biologica totale.

Il Metal back tibiale ("Fiber Mesh") è sempre stato montato, rivestito con idrossiapatite, senza alcuna eccezione.

La richiesta specifica è stata esaudita dalla Zimmer con sollecitudine ed è poi entrata a far parte della produzione generale, in offerta di scelta a tutti gli utilizzatori che la desiderassero.

RIASSUNTO

Non pervenuto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Blaha JD, Pickett C - Controversy on total knee arthroplasty. Clin. Orthop 1984; 192:2-112.
- 2) Faldini Giuntini - Esperienze cliniche con protesi a conservazione del legamento crociato posteriore.
- 3) Gschwend N., Scheiner HG., Ahler A. Die G.S.B. - Knieprothese. Med-orthop. Techn. 100; 1980:128-34.
- 4) Hungerford DS., Krackow KA. - Total joint arthroplasty of the knee. Clin. Orthop

1985; 192:23-33.

- 5) Miller J. - Fixation in total knee arthroplasty. In J.N. Insall: Surgery of the knee. Churchill Livingstone, New York 1984.
- 6) Riley LH. - Total-condylar knee Arthroplasty. Clin. Orthop. 1985; 192:34-39.
- 7) Scott WN (Ed) - Total Knee Arthroplasty: The State of the Art. Clin. Orthop. 1986; 205:1-70.
- 8) Sledge CB. - Total Knee replacement in rheumatoid arthritis. In J.N. Insall: Surgery of the knee. Churchill Livingstone, New York 1984.